

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

LEILA CHAVES CABRAL

**A RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE DE INFECÇÃO
E O CUIDADO NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

LEILA CHAVES CABRAL

**A RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE DE INFECÇÃO
E O CUIDADO NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Telma Elisa Carraro

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Ficha Catalográfica

C117r Cabral, Leila Chaves

A relação entre o controle de infecção e o cuidado na prática de enfermeiros /
Leila Chaves Cabral. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.
136 p.

Inclui bibliografia.

1. Infecção hospitalar. 2. Cuidado - Enfermagem. I. Título.

CDD – 614.44

LEILA CHAVES CABRAL

**A RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE DE INFECÇÃO
E O CUIDADO NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 24 de fevereiro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Telma Elisa Carraro
Presidente

Dra. Grace T. M. Dal Sasso
Membro

Dra. Lucia Nazaré Amante de Souza
Membro

Dra. Vera Radünz
Suplente

Sou Grata

A Deus, pois sem Ele nada seria possível. Pensei em desistir, só não o fiz por entender que esta foi uma oportunidade que me foi dada por **Ele**, e a desistência desonrá-Lo-ia. A **Ele** toda a honra e toda a glória!

Aos familiares, pelo apoio, paciência, carinho e dedicação durante todo esse período.

À Profa. Dra. Telma Elisa Carraro, que me ensinou a construir um trabalho de maneira científica, porém não menos carinhosa, amistosa e harmoniosamente.

Aos amigos que compartilharam as lutas, as vitórias, as alegrias e, sobretudo, por sua companhia, passo a passo, na busca de novos conhecimentos.

Aos Enfermeiros e à organização que foi campo de pesquisa, que compartilharam comigo suas experiência, razão de ser deste estudo. As conclusões obtidas são um recorte de uma realidade nacional, mas me proporcionou intensas reflexões.

Aos Professores do curso, pelo ensino e apoio nos momentos conflitantes.

Ao Hospital Universitário Pequeno

Anjo, pelo apoio e compreensão nos
momentos de ausência.

À Secretaria do curso, pelo
profissionalismo e cordialidade que
sempre demonstraram

Aos membros da banca, pela
disponibilidade e carinho com que
atenderam ao convite.

CABRAL, Leila Chaves. **A relação entre o controle de infecção e o cuidado na prática de enfermeiros**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 136 p.

Orientador: Dra. Telma Elisa Carraro

RESUMO

Este trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo, realizado segundo a metodologia qualitativa, sendo utilizado o método da análise de conteúdo de Bardin. Participaram desta pesquisa onze enfermeiros, sendo quatro atuantes em UTI geral, três em UTI neonatal e quatro em unidades de internação. Objetivou-se compreender a relação feita pelos enfermeiros entre o controle de infecção e sua prática de cuidar. Buscou-se também apreender, junto a estes profissionais, sua visão sobre a prática de cuidar e de controle de infecção, tendo em vista as dimensões do cuidado, identificando a relação teórico-prática entre o cuidado e controle de infecção. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, e a partir dos mesmos chegou-se à determinação de áreas temáticas, divididas por categorias e subcategorias, levando em consideração os aspectos mais relevantes abordados pelos entrevistados. As três categorias levantadas em relação ao controle de infecção hospitalar e ao cuidado foram aspectos relacionados a quatro dimensões do cuidado, a saber: Dimensão Existencialista, Estética, Educacional e Organizacional. A Dimensão Cultural, apesar de ser abordada conceitualmente no trabalho, não surgiu significativamente no levantamento dos dados. Obteve-se como resultados que o controle de infecção e as dimensões existencialistas e estéticas do cuidado estão relacionado a um compromisso profissional/paciente, porém com dificuldades na intenção das ações, na operacionalização do conhecimento, levando a um relacionar do controle de infecção e do cuidado com as técnicas. O controle de infecção e a dimensão educacional do cuidado traz questões relacionadas a dificuldade na educação em saúde, educação em serviço e autodesenvolvimento, bem como deficiências trazidas da graduação. Aqui, e as percepções sobre as questões do controle de infecção e a dimensão organizacional do cuidado perpassam aspectos diretamente relacionados à administração e à prática, tais como acúmulo de funções, predomínio de atividades burocráticas, falta de autonomia, falha na comunicação institucional e redução de custos como uma força antagonista. Este estudo, portanto, deve ser considerado apenas uma aproximação ao tema proposto, e sua finalidade foi constituir-se em contribuição para a compreensão das questões do cuidado e do controle de infecção envolvidos na prática profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave: infecção hospitalar; cuidado; enfermagem.

CABRAL, Leila Chaves. **The relationship between Infection Control and Care in Nursing Practice**. 2006. Dissertation (Masters Degree in Nursing) - Post Graduation Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

This is a descriptive study, carried out according to the qualitative methodology. It used Bardin's method of content analysis. Eleven nurses participated in the research, with four part of the general ICU staff, three part of the neo-natal ICU staff, and four in overnight units. This study attempts to comprehend the relationships made among nurses concerning infection control and their care practice. It also looks to learn together with these professionals what their view of their care practice and infection control is, keeping in mind the dimensions of care, identifying the theoretical-practical relationship between care and infection control. The data was collected through semi-structured interviews and from the data analysis, topical areas were determined, divided into categories and subcategories, taking into consideration the most relevant aspects according to the interviewers. The three categories elaborated with respect to hospital infection control and care were aspects related to the four dimensions of care, being: Existentialist, Aesthetic, Educational, and Organization Dimensions. The Cultural Dimension, although it is conceptually organized with work, did not appear significantly in the data collection. Some of the results obtained were that infection control and the existentialist and aesthetic dimensions of care are related to a professional/patient commitment. However, they include difficulties concerning the intention of their actions, in the operation of knowledge, leading one to relate infection control and care to technicians. Infection control and the educational dimension of care brings questions related to the difficulty of health care education, service education, and self-development, as well as deficiencies inherent in formal education. Here, the perceptions about the questions concerning infection control and the organizational dimension of care go beyond aspects directly related to administration and practice, such as the accumulation of tasks, predomination of bureaucratic activities, a lack of autonomy, institutional communication failures, and cost reduction as an antagonistic force. This study, however, must be considered merely as an approximation within the proposed theme, and its objective was to constitute itself as a contribution for the comprehension of questions for care and for infection control involved in professional nursing practice.

Keywords: hospitalar infection, care, nursing

CABRAL, Leila Chaves. **La relación entre el Control de Infección y el Cuidado en la Práctica de los Enfermeros**. 2006. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Post Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 115 p.

RESUMEN

Este trabajo se caracteriza como un estudio descriptivo, realizado según la metodología cualitativa, siendo utilizado el método del análisis de contenido de Bardin. Participaron de esta pesquisa once enfermeros, siendo cuatro actuantes en la UTI general, tres en la UTI neonatal y cuatro en unidades de internación. Tuvo por objetivo comprender la relación realizada por los enfermeros entre el control de infección y su práctica de cuidar. Se buscó también aprender, junto a estos profesionales, su visión sobre la práctica de cuidar y del control de infección, teniendo en vista las dimensiones del cuidado, identificando la relación teoría-práctica entre el cuidado y el control de infección. Los datos fueron recolectados por medio de la entrevista semi-estructurada, y a partir de los mismos se llegó a la determinación de áreas temáticas, divididas por categorías y subcategorías, llevando en consideración los aspectos más relevantes abordados por los entrevistados. Las tres categorías levantadas con relación al control de infección hospitalaria y al cuidado fueron aspectos relacionados a cuatro dimensiones del cuidado, a saber: Dimensión Existencialista, Estética, Educacional y Organizacional. La Dimensión Cultural, a pesar de ser abordada conceptualmente en el trabajo, no surgió significativamente en el levantamiento de los datos. Se obtuvo como resultados que el control de la infección y las dimensiones existencialistas y estéticas del cuidado están relacionadas a un compromiso profesional / paciente, sin embargo con dificultades en la intención de las acciones, en la operacionalización del conocimiento, llevando a relacionar el control de la infección y el cuidado con las técnicas. El control de la infección y la dimensión educacional del cuidado trae aspectos relacionados a la dificultad en la educación en salud, educación en servicio y auto-desarrollo, así como deficiencias traídas de la graduación. Aquí, y las percepciones sobre los aspectos del control de infección y la dimensión organizacional del cuidado atraviesan aspectos directamente relacionados a la administración y a la práctica, tales como acumulación de funciones, predominio de actividades burocráticas, falta de autonomía, falla en la comunicación institucional y reducción de costos como una fuerza antagonista. Este estudio, por lo tanto, debe ser considerado sólo una aproximación al tema propuesto, y su finalidad fue constituirse en contribución para la comprensión de los aspectos del cuidado y del control de la infección involucrados en la práctica profesional de los enfermeros.

Palabras clave: infección hospitalaria; cuidado; enfermería.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	11
1.1	Objetivo Geral.....	16
1.2	Objetivos Específicos	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Contexto Histórico.....	17
2.2	A Infecção Hospitalar no Brasil	21
2.3	A Infecção Hospitalar em Santa Catarina	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1	Florence Nightingale – o divisor de águas na enfermagem	29
3.2	A Enfermagem em Florence Nightingale, o Cuidado e o Controle de Infecção ..	34
3.3	A Enfermagem em Florence Nightingale, as Dimensões do Cuidado e o Controle de Infecção.....	36
3.3.1	A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Cultural do Cuidado e o Controle de Infecção.....	37
3.3.2	A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Estética do Cuidado e o Controle de Infecção.....	38
3.3.3	A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Organizacional do Cuidado e o Controle de Infecção.....	40
3.3.4	A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Existencialista do Cuidado e o Controle de Infecção.....	42
3.3.5	A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Educacional do Cuidado e o Controle de Infecção.....	45
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	48
4.1	Caracterização do Estudo	48
4.2	O Local e os Sujeitos Envolvidos.....	49
4.3	Dimensões Éticas da Pesquisa	49
4.4	Coleta e Registro dos dados	50
4.5	Discussão, Organização e Análise dos Dados.....	50
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO	52
5.1	Caracterização dos entrevistados.....	52
5.2	Caracterização das entrevistas.....	52
5.3	Análise dos dados obtidos nas entrevistas	54
5.3.1	Controle de Infecção e as Dimensões Existenciais e Estéticas do Cuidado.....	54
5.3.2	O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado.....	78
5.3.3	O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
	REFERÊNCIAS.....	123
	APÊNDICES	130
	ANEXO.....	135

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O posicionamento dos enfermeiros frente à profissão e a algumas questões inerentes a ela tem sido foco de questionamentos que vêm sendo tracejados ao longo da minha carreira profissional. Quando, em agosto de 2003, por uma questão circunstancial, dediquei-me ao estudo da infecção hospitalar (IH), deixei-me seduzir pelo assunto. Os planos eram audaciosos e eram permeados de treinamentos, oficinas, orientações, levantamentos estatísticos, busca ativa, entre outras coisas. Tudo relativamente muito simples, não? Não! Existe uma imensa distância entre teoria, planejamento e execução.

Desde o início da minha carreira o cuidado direto ao paciente ocupou a maior parte do exercício da profissão, apesar de eu estar sempre envolvida com questões gerenciais e de treinamento. No que diz respeito à formação de novos profissionais, educação em serviço, postura profissional, entre outros, lidar com a abstração sempre foi o mais difícil para mim durante estes 15 anos de atuação profissional. Pode ser uma inferência, mas tenho a sensação de que por ser a enfermagem uma profissão prática, as correlações entre teoria e prática são mais difíceis de serem feitas.

Quando, nesta minha nova prática, o assunto infecção hospitalar começou a ser descortinado, percebi claramente que se tratava de um assunto praticamente desconhecido para mim. Aos meus olhos, parecia haver pouca relação entre controle de infecção e cuidado. Isso posto, houve a escolha do direcionamento que seria dado a esta pesquisa, qual seja, o controle de infecção e sua relação com o cuidado, pensando no benefício que ela poderia trazer à prática de enfermagem.

Apesar de muito antiga, durante anos a infecção hospitalar foi ignorada. Depois, por mais alguns anos, foi temida e estudada, e hoje é altamente conhecida, divulgada, porém desconsiderada por parte de alguns; é aí que surge o interesse no desenvolvimento deste trabalho.

Durante muito tempo protocolos foram escritos, manuais instituídos e regras

ditadas sem, contudo, haver o desenvolvimento de senso crítico. Não há aqui intenção alguma de desvalorizar essas ações; muito pelo contrário, elas são de fundamental importância para o bom andamento de todo e qualquer serviço. Porém estas ações foram concebidas e idealizadas por alguns poucos, que por meio da leitura, estudo e pesquisa sedimentaram seu conhecimento e o formataram para que outros os praticassem; é aí, entretanto, que se dá o problema.

Seria, no mínimo leviano acreditar que os profissionais de saúde contaminam propositalmente seus pacientes. Por isso a infecção hospitalar, assim como outros assuntos, precisa estar diretamente relacionada ao cuidado, pois a falta dessa relação trará prejuízo ao sujeito do cuidado. Sendo tratados dessa forma, outros aspectos, que não somente o controle de infecção propriamente dito, estarão lubrificando toda essa engrenagem em que se encaixam cuidado, administração, humanização, bioética, educação e economia, entre outros. Todos os indivíduos que atuam na área da saúde, mais do que executar bem determinada ação, precisam planejar e avaliar essas ações e entenderem que, por mais indiretas que possam parecer, refletirão no cuidado de forma direta. O sucesso será mera consequência.

Em relação à infecção hospitalar, os dados epidemiológicos do Brasil são de difícil coleta. Com base em minha experiência pessoal, não é difícil concluir que há subnotificação. A comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) tem como uma de suas atribuições enviar relatórios mensais e semestrais ao órgão gestor municipal e estadual. De posse desse conhecimento, a CCIH do hospital em que atuo procurou fazer contato com esses órgãos, buscando o direcionamento quanto ao procedimento para enviá-los. Somente há seis meses, depois de dois anos de atuação, a CCIH obteve essas orientações e os índices epidemiológicos foram encaminhados à Vigilância Sanitária do Estado, que nunca os cobrou da instituição antes. A CCIH passou a encaminhar os relatórios depois de obter a informação por uma questão de responsabilidade profissional e social, mas poderia não ter encaminhado. Ou seja, durante dois anos o País não sabia quais eram os índices levantados por esta CCIH. Se isso acontece em Santa Catarina, um dos Estados de uma das regiões mais desenvolvidas do País, o que não acontece no restante dessa imensa nação?

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da

Saúde (2000), no Brasil, em 1994, foi feito um Estudo da Magnitude das Infecções Hospitalares e Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar. Na época, o índice de IH era de 15,5%. Esse mesmo dado é divulgado pela Bibliomed e pela *Health Latin America* (2001). Segundo estes órgãos,

enquanto a média mundial de índice de infecção hospitalar é de 5%, o Brasil apresenta o percentual de 15,5% entre os pacientes internados. Embora dentro da média aceita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que varia de 9% a 20%, muito ainda precisa ser feito no País onde a fraca infra-estrutura do setor de saúde e a falta de informação da população sobre o assunto contribuem para a manutenção dessa média... Apenas 30% dos hospitais da rede pública e privada no Brasil possuem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), exigida pelo Ministério da Saúde desde 1997. Os dados são do Programa de Controle de IH da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (Anvisa). Atualmente, o programa responde pela prevenção de 30% das infecções hospitalares no País, o restante, 70% são infecções que não são prevenidas, mas sim, controladas [...] No Rio Grande do Sul, a partir de investigações feitas junto a 266 dos 418 hospitais, 83,3% possuem comissão de controle, mas foi constatado que 48,8% deles não possuem dados estatísticos sobre o índice de infecção hospitalar [...] De 6.392 hospitais próprios e/ou credenciados pelo Sistema Único de Saúde espalhados pelo Brasil, 1.670 possuem CCIH. A maior adesão está na Bahia, com 454 hospitais, sendo desses, 436 com CCIH.

A infecção hospitalar é assunto amplamente discutido pela ciência, por diversas categorias profissionais da área da saúde e pelas diversas especialidades médicas. O cuidado também vem sendo abordado em várias esferas, porém, a integração dos dois assuntos tem tido poucas descrições. No Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Catarina, desde seu início até o momento, foram encontradas quatro teses, em 111, e cinco dissertações, em 407, abordando, com diferentes perspectivas, o controle de infecção e o cuidado (UFSC, 2006). São elas:

1. Tese 17: "Mortes Maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de Enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis". Telma Elisa Carraro, 1998.
2. Tese 60: "Aprendizagem no trabalho: construindo conhecimentos e práticas de controle de infecção hospitalar". Rosemary Andrade Lentz, 2001.
3. Tese 77: "Construindo padrões de qualidade para prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas: possibilidades e flexibilidades para um cuidado mais livre de riscos". Ruvani Fernandes da Silva, 2003.
4. Tese 83: "O uso indiscriminado de antibióticos e a ecologia das bactérias

antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar: conhecimento e prática dos profissionais de saúde, a luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas”. Neusa de Queiroz Santos, 2002.

5. Dissertação 85: "Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções." Telma Elisa Carraro, 1994.

6. Dissertação 115: "Prática Assistencial de Enfermagem: O resgate da microbiologia como fundamento para o controle da infecção hospitalar." Neusa de Queiroz Santos, 1996.

7. Dissertação 118: "Processo de Normalização – A jornada participativa como fator de qualidade nas ações de controle das infecções hospitalares." Rosemary Andrade Lentz, 1996.

8. Dissertação 122: "A formação de um elo: uma proposta de enfermagem para a prevenção das infecções hospitalares." Elaine Drehmer de Almeida Cruz, 1996.

9. Dissertação 289: "Questões éticas enfrentadas pelas enfermeiras na assistência do cliente com infecção hospitalar." Silvia Regina Lopes Guimarães, 2000.

Todo e qualquer profissional que ingressa no ambiente hospitalar ouve a respeito do tema infecção hospitalar; aliás, não somente os profissionais, mas usuários, acadêmicos, visitantes e cuidadores. Hoje, a comunidade leiga fala sobre infecção e se aterroriza com ela. Outras instituições de saúde, que não hospitalares, sentem as mesmas dificuldades, discutem o assunto e criam protocolos para o controle de infecção. Enfim, há uma comoção em torno desse assunto antigo, porém extremamente atual e desafiador, amplamente descrito pela comunidade científica e divulgado pela mídia.

Há sempre uma pergunta que permeia todo este trabalho: **quando controlo infecção, estou cuidando? Quando cuido, estou controlando infecção?** A resposta parece óbvia, mas nem sempre é fácil de ser formulada. O cuidado vai muito além do controle de infecção, portanto é importante salientar que nem sempre que cuido, controlo infecção, mas todas as vezes que controlo infecção, invariavelmente, estou cuidando.

Muitas vezes o cuidado é confundido com terapêutica. Alguns dicionários da língua portuguesa definem terapêutica, terapia e cuidado como sinônimos (Houaiss,

2003). Talvez a melhor sinonímia venha da língua inglesa (Longman, 1997), que define terapêutica e terapia como parte da medicina que trata da escolha e aplicação dos meios de curar doenças e da natureza dos remédios (do grego *therapeutiké*) e cuidado/cuidar como cogitar, aplicar a atenção, evitar o dano, considerar; trabalhar, interessar-se por preocupação, cautela (do latim *cogitare*). Diante disso, pode-se afirmar que controlar infecção é cuidar.

A infecção adquirida no hospital, o que aqui é chamado de infecção hospitalar, segundo o *Center Disease Control* (CDC) (GARNER *et al.*, 1988, *apud* OLMSTED, 1996) é aquela que não estava presente nem incubada à admissão no hospital. De alguma forma foi carregada (paciente/paciente, profissionais/paciente e/ou equipamentos/paciente).

Essa é uma realidade nos hospitais e demonstra quão harmoniosa precisa ser a relação ambiente/microrganismo/ser humano. Aqui vê-se a ecologia, na interação entre meio ambiente e organismos, e é necessário que os seres humanos, principalmente aqueles que são profissionais da saúde, internalizem o fato de que não estão sós. Nunca!

A enfermagem engloba o maior contingente de profissionais na maioria das instituições de saúde. Mesmo estando ainda fragmentada em auxiliares e técnicos de enfermagem, além dos próprios enfermeiros, em todos os currículos ou na maioria deles, em maior ou menor profundidade, são abordados assuntos relacionados à infecção.

O que originou o interesse em saber qual a relação entre controle de infecção e cuidado, foi o fato de que nesses anos de experiência, basicamente na assistência, como dito anteriormente, observei que, apesar do assunto ser antigo, ao mesmo tempo atual, acessível à compreensão de todos e abordado dentro das instituições, ainda existem pessoas fazendo papel de vetores, sem demonstrarem ter consciência disso e sem relacionarem a infecção à qualidade do cuidado.

Todas essas questões levaram-me a querer compreender **como se dá a relação entre o controle de infecção e a prática do cuidar dos enfermeiros (as)**. Entendo que o conhecimento dessa relação subsidiará minha prática como enfermeira de controle de infecção e como educadora. Nos enfermeiros, tal conhecimento poderá

despertar para o fato de que não há como fazer controle de infecção sem pensar que isso é cuidado, e de que não há como prestar um bom cuidado sem proteger o paciente de vários riscos, entre eles, o da infecção hospitalar.

Com isto em mente, emergiram o **objetivo geral** e os **objetivos específicos** deste trabalho.

1.1 Objetivo Geral

- Compreender a relação feita pelos enfermeiros entre controle de infecção e a prática de cuidar em um hospital de grande porte de Santa Catarina.

1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a prática de cuidar e de controle de infecção hospitalar dos enfermeiros de um hospital de grande porte;
- Identificar a relação teórico-prática feita pelos enfermeiros em relação ao cuidado e a infecção hospitalar.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A história a respeito das infecções nos diversos contextos é muito interessante, e nos leva a entender muitas das ocorrências atuais, assim como nos remete a alternativas há tanto esquecidas. Neste capítulo tenciona-se, mesmo que com certo distanciamento, remeter a algumas épocas, contextos e conjuntos de formulações de alguns personagens históricos, na tentativa de se traçar uma linha de pensamento sobre o assunto e extrair-se uma idéia sobre o mesmo.

2.1 Contexto Histórico

As infecções hospitalares são tão antigas quanto a origem dos homens e eram associadas às condições insalubres dos nosocômios. Após abordagens anteriores sobre o assunto, em 1847, Ignaz Philipp Semmelweis corrobora de maneira definitiva a hipótese de transmissão de doença intra-hospitalar pelas mãos dos parteiros. Instituiu a higiene das mãos com água clorada a todos os seus residentes antes dos procedimentos. Ele comprovava que havia associação entre a morte das puérperas e as autopsias feitas antes dos partos, pois médicos e estudantes não demonstravam a mínima preocupação com a assepsia de mãos entre um e outro procedimento (PEREIRA E MORIYA, 1994).

Rodrigues (1997) cita um dos cartazes elaborados por Semmelweis:

A partir de hoje, todo estudante ou médico, proveniente da sala de anatomia, é obrigado, antes de entrar nas salas de Clínica Obstétrica, a lavar as mãos com uma solução de ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Essa disposição vigora para todos, sem exceção.

Em se tratando de princípios epidemiológicos, talvez este tenha sido o primeiro relato de uma medida profilática descrita, em forma de rotina, em uma instituição de saúde e de ensino. Com essa simples medida, Semmelweis reduziu o índice de mortes puerperais por infecção de 18% para 2% (RODRIGUES, 1997).

Hoje, com todos os conhecimentos disponíveis, incluindo várias medidas profiláticas comprovadamente eficazes no controle de infecção, permanece o desafio de torná-las práticas rotineiras nas instituições de saúde. Há ainda novos desafios, como agentes infecciosos emergentes, resistência microbiana, incremento de métodos invasivos na diagnose e terapêutica, as conseqüências das transições demográfica e epidemiológica, dentre outros.

Segundo Tipple et al. (2003), o problema básico vivenciado por Semmelweis não foi resolvido. Ele envolve principalmente as condições dos recursos humanos nas instituições de saúde, seu preparo e sua conscientização. Segundo as autoras, em suas revisões, estudos vêm demonstrando a baixa adesão dos profissionais da área de saúde às medidas preventivas. Elas citam que a prática profissional demonstra uma baixa percepção dos riscos, revelada na não adesão às medidas profiláticas básicas, por exemplo, em relação a objetos perfurocortantes, a sangue e / ou outros fluidos orgânicos, mesmo sabendo-se que a exposição a eles é diretamente proporcional ao risco para doenças como Aids e hepatites B e C.

Semmelweis foi incompreendido, inclusive por seus colegas. Sua doutrina sobre febre puerperal foi duramente criticada, apesar das provas da eficácia das medidas profiláticas. Ele acabou sendo expulso de Viena e em 1865 morreu num asilo para doentes mentais (COUTO, 2003). No período de 150 anos que vai de sua morte aos dias de hoje, houve uma evolução no conhecimento da causa, epidemiologia e profilaxia das infecções, porém as condições atuais não são muito diferentes daquelas da época de Semmelweis no que se refere à adesão às medidas de controle de infecção, das mais simples, como a lavagem de mãos, proposta por ele, às mais complexas.

Em 1863, Florence Nightingale descreveu uma série de estratégias e cuidados relacionados ao paciente e ao meio. Sua experiência advinha da Guerra da Criméia. Entre algumas recomendações, ela propôs que as enfermeiras tivessem um sistema de relato de óbitos, o que provavelmente tenha sido a primeira forma de vigilância

epidemiológica. Florence utilizava essas informações em prol da melhoria da qualidade da assistência. Desde então se começou a falar em qualidade. Os dados levantados por Nightingale e sua equipe eram analisados estatisticamente por William Farr, parceria que durou cerca de 20 anos (SANTOS, 1997).

Segundo Carraro (2001), Florence Nightingale recomendava enfaticamente cuidados com o meio externo (limpeza, aeração, iluminação e aquecimento), e também se preocupava com o bem-estar do indivíduo, com seu meio interno: os componentes emocional, espiritual e reações ao tratamento. Valorizando tanto o ambiente interno quanto o externo do ser humano, Florence Nightingale chegou a Scutari e levou à queda de mortalidade por infecção hospitalar de 42% para 2%.

Segundo Fernandes (2000), o homem somente está livre dos microrganismos no útero materno em condições normais, com as estruturas placentárias íntegras. A partir do rompimento da bolsa, ele começa a ter contato com a microbiota da mãe, com os microrganismos presentes no ambiente e nos objetos. Após duas semanas, a microbiota do recém-nato é semelhante à de um adulto.

Semmelweis, mesmo sendo um obstetra, ainda não sabia disso e, vale salientar, tanto ele quanto Florence Nightingale ainda não tinham o respaldo da microbiologia. O desenvolvimento dos estudos microbiológicos foi contemporâneo a eles, mas lendo seus escritos e seus atos, conclui-se que eles tinham uma convicção clara, e agiam fundamentados nisto, de que as doenças podiam ser transmitidas de ser humano a ser humano. Mesmo que não verbalizassem, considerando suas atitudes, percebe-se que entendiam que o que provocava a doença era algo vivo, não somente algo inanimado, levado de pessoa a pessoa. Sabiam que era algo vivo pois somente tendo vida em si mesmo esse algo que dizimava vidas atingiria a corrente sanguínea, se disseminaria e levaria à morte.

Semmelweis foi perseguido por seus postulados (Couto, 2003, p. 4), assim como Florence (Brown, 1993, p. 39), e talvez por esse motivo não tenham verbalizado suas convicções; mas, a julgar por suas posturas frente à infecção, eles sabiam que não estavam sozinhos, sabiam que outros seres estavam envolvidos no processo saúde-doença.

A ecologia ou teoria ecológica surge para estudar as relações entre os seres

vivos e o ambiente em que vivem, bem como suas recíprocas influências. A teoria ecológica e a ecologia humana têm sido descritas há muito tempo, no entanto não há relato de quem elaborou os primeiros postulados a esse respeito.

René Dubos (1901-1982), de origem francesa, estudou em Paris e Roma e em 1924 mudou-se para os Estados Unidos. Formou-se em medicina em 1927, foi professor nas Universidades de Rockefeller e Harvard, e precursor no estudo e desenvolvimento de antibióticos. Sua inquietude filosófica o levou ao estudo da antropologia. Escreveu livros como: *The Bacterial Cell* (1945) e *Mirage of Health* (1959), nos quais levanta questões sobre o equilíbrio ecológico e a vitória sobre as infecções; também *Human as Animal* (1950), que lhe conferiu o prêmio Pulitzer, *Bacterial and Mycotic Infections in Man* (1965), além da biografia de Pasteur (1950 e 1960) (Biografías y Vidas, 2004).

Dubos – microbiologista, educador escritor e ambientalista – direcionou sua fascinação científica com o microscópio para o seu amor pelo Planeta. Considerou a doença infecciosa um processo multifatorial, resultante da interação simultânea entre a presença de um agente infeccioso em número suficiente, uma via de transmissão adequada, uma porta de entrada e um hospedeiro em estado de susceptibilidade. O resultado do encontro do agente infeccioso com o hospedeiro depende da susceptibilidade deste, da virulência do agente e das condições do ambiente naquele momento. Seus estudos estabeleceram relações entre o ambiente e a saúde humana. Dubos foi um dos primeiros cientistas a chamar a atenção sobre o risco ambiental na criança, a perda da biologia humanística e o equilíbrio ecológico. Ele levantou questões voltadas para as relações do homem com aquilo que o cerca e, dentre essas relações, estão o homem e os microrganismos (WATKINS, 2004).

O organismo humano constantemente está exposto a agentes microbiológicos; muitos deles fazem parte de determinada microbiota, porém tornam-se patogênicos se invadirem outros órgãos e/ou tecidos (Guyton, Hall, 2003). Por essa razão há necessidade de equilíbrio entre os meios interno e externo do ser humano, ou seja, equilíbrio ecológico.

Na década de 1940, com o advento da antibioticoterapia, o problema da infecção hospitalar e infecção comunitária pareceu estar relegado ao passado. Naquele

período, coincidente com o pós-guerra, houve grande desenvolvimento da tecnologia médico-hospitalar e aprimoramento de equipamentos e medicamentos, como antibióticos e imunossupressores; tal tecnologia promoveria a evolução do modelo clínico, de características diagnóstica e terapêutica eminentemente invasivas. Quando se pensava que a questão das infecções havia sido superada com o advento da penicilina aliada a hemostasia e analgesia, e que as intervenções invasivas não teriam mais limites, a comunidade internacional reconhece a infecção hospitalar moderna: endógena e por microrganismos multirresistente, resultante de uma pandemia por *S. aureus*. (COUTO, 2003).

Com a resistência dos microrganismos, o Centro de Doenças Comunicáveis dos Estados Unidos, posteriormente chamado Centro de Controle de Doenças (*Center Disease Control* – CDC), criou uma divisão para assessorar os hospitais americanos na investigação de epidemias. A partir daí, medidas, sistemas, conferências e outros órgãos foram criados para a batalha contra a infecção hospitalar, como a APIC (*Association for Practioners in Infection Control*) em 1972, o NNISS (*National Nosocomial Infection Surveillance System*), em meados dos anos 70, o qual congregava 70 hospitais americanos com o objetivo de estabelecer uma visão do problema, além do SHEA (*Society of Heath Care Epidemiology of America*) em 1980, entre outros (FERNANDES, 2000).

2.2 A Infecção Hospitalar no Brasil

A assistência hospitalar no Brasil iniciou-se no século XVI, com as santas casas de misericórdia. Acredita-se que a primeira unidade hospitalar do País foi a Santa Casa de Santos, fundada por Brás Cubas em 1543.

Embora a infecção hospitalar não fosse assim denominada, os primeiros textos publicados no Brasil remetendo a esse assunto estão na Revista Paulista de Hospitais em 1956 e 1959, sendo respectivamente um trabalho sobre esterilização e outro sobre uso irracional de antibióticos (RODRIGUES, 1997).

Lacerda (2002), fazendo uma breve revisão histórica da infecção hospitalar (IH) no Brasil e um levantamento das produções científicas entre as décadas de 50 – 90, relata que a década de 50 a meados de 60 marcam o encerramento daquela medicina que prezava a prevenção, enfatizando a saúde e não a doença, numa época em que predominavam hospitais públicos e santas casas.

Na década de 60, a industrialização e o crescimento urbano aumentaram a busca por assistência médica e, com a ditadura, os institutos de pensão e aposentadoria foram unificados, dando origem ao INPS. Esse fato possibilitou à iniciativa privada ganhar força e criar hospitais. A tecnologia médica dos países desenvolvidos começa a ser introduzida no País. Iniciam-se os primeiros transplantes, com o uso cada vez mais intensivo de antibióticos e imunossupressores (Lacerda, 2002). Foi no início daquela década que foi criada a primeira CCIH do País, no Hospital Ernesto Dorneles, no Rio Grande do Sul (LACERDA, 2002).

Na década de 70 o País encontrava-se em plena ditadura militar, em crescente industrialização e conseqüente urbanização. O Estado estava interessado em articular-se com o capital internacional, adequando para isso suas políticas de desenvolvimento, entre elas, a permissão para a instalação de indústrias multinacionais. Na situação específica da saúde, ocorreu forte expansão das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares. A reforma universitária em 1968, por sua vez, essencialmente tecnicista e privatizante, refletiu direta e fortemente sobre o saber e o ato médico, dando ainda mais força ao modelo predominantemente curativo e tecnicista. A demanda pela assistência à saúde aumentou significativamente, o que não representou proporcional melhoria na qualidade. Em resposta, proliferaram-se hospitais privados, sem que paralelamente houvesse controle em relação à qualidade dos mesmos e da assistência por eles prestada. (LACERDA, 2002).

Com tudo isso acontecendo concomitantemente, o País entrava definitivamente na era das IH modernas (endógenas e multirresistentes), tendo em vista as características da tecnologia empregada, voltada para intervenções diagnósticas e terapêuticas invasivas e imunossupressoras. O aumento rápido e intenso da IH gerava demandas para o controle, tanto pelos profissionais da saúde, detentores da assistência, quanto pela sociedade em geral. No entanto, como tais demandas não eram

convergentes, começavam a surgir entre os profissionais de saúde a necessidade de criação de um processo de trabalho específico para o controle de infecção hospitalar (LACERDA, 2003). Ainda na década de 70, surgiram as primeiras comissões multidisciplinares em hospitais públicos, principalmente aqueles ligados a instituições de ensino (RODRIGUES, 1997).

Na década de 80, a IH explode no País. A constatação generalizada da gravidade do problema e a demanda por providências intensificaram-se ainda mais com a repercussão da doença do presidente Tancredo Neves, agravada pela IH, e conseqüente morte, em 1985. Apesar de aquela ter sido uma década em que muito se descobriu a respeito da IH, ocorria também uma crise econômica sem precedentes no País. A IH aumentou em quantidade e gravidade. As denúncias quanto à IH não vinham sozinhas, mas acompanhadas de outras relacionadas à péssima qualidade da assistência prestada nos hospitais, além da falta de vagas e desigualdade de acesso. As ações governamentais, contudo, atendiam à demanda dos profissionais de saúde por meio de um processo de trabalho especificamente dirigido ao CIIH (LACERDA, 2002).

Em 1983, com a Portaria MS n. 196/83, o Estado assume a IH como problema de saúde pública, tornando obrigatória a implantação, em todos os hospitais brasileiros, das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Essa Portaria estabeleceu também as atribuições dessas comissões, tais como: vigilância epidemiológica, notificações, treinamentos, elaboração de normas técnicas, isolamento de pacientes e controle de antimicrobianos (BRASIL, 1983).

Naquela mesma década, em São Paulo, um grupo multidisciplinar e interinstitucional começou a se reunir para estudar questões relativas ao Controle de Infecção. Como houve adesão rápida e crescente de participantes, o que era um núcleo passou a ser, em 1987, a Associação Paulista de Estudo e Controle de Infecção Hospitalar - APECIH (RODRIGUES, 1997).

Ainda que não se negasse a estreita relação da IH com o modelo de assistência predominante e sua qualidade, o reconhecimento de que o controle da IH se daria por meio de melhora da qualidade da assistência somente generalizou-se a partir de meados da década de 90 (LACERDA, 2002).

Em 27 de agosto de 1992, o Ministério da Saúde revogou a Portaria n. 196/83 e

publicou a Portaria MS n. 930/92, segundo a qual todos os hospitais do País deveriam manter programa de infecção hospitalar, independentemente da natureza da entidade mantenedora. Foram instituídas comissões responsáveis pelos serviços de controle de infecção hospitalar (RODRIGUES, 1997).

Naquela mesma década, vivenciou-se a tentativa de implementar o sistema de saúde vigente (SUS), porém o modelo de desenvolvimento econômico adotado então e a dependência do capital externo aumentou o endividamento e prejudicou a produção nacional, com desemprego sem precedentes. Tal situação gerou cortes nos gastos sociais e influenciou a implementação de políticas sociais legalmente conquistadas. Isso levou o cidadão a buscar a medicina de grupo e o SUS tornou-se um fator excludente da sociedade (LACERDA, 2002).

No final da década de 90, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria MS n. 2.616/98, que passou a nortear todo o sistema de controle de IH nacional. Essa Portaria revogou a MS n. 930/92 e instituiu o programa de controle de IH a ser executado por CCIH, constituída de membros consultores e executores. Foi elaborado um extenso detalhamento sobre as formas de executar o controle de IH, que certamente contribuiu e contribuirá para melhorar a prevenção deste tipo de infecção no Brasil (BRASIL, 1998).

Ao fazer o levantamento da produção científica deste período, das décadas de 50 a 90, Lacerda (2002) concluiu que nesse contexto mais amplo, o controle de IH pode ocorrer se visar à melhoria da qualidade hospitalar, à criação de políticas de saúde que prezem por essa assistência e ao envolvimento no controle de infecção hospitalar de setores intra e extra-hospitalares. O processo da assistência somente obterá melhoras se houver, além da estruturação e organização dos serviços, a qualificação dos procedimentos técnicos, que incluem não somente equipamentos, mas também o redimensionamento quantiquantitativo de recursos humanos e novas metodologias de trabalho.

Apesar de Lacerda ter escrito este artigo em 2002, seu conteúdo permanece atual. Durante o IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (2004), ocorreu um fórum para extração de novas diretrizes para o controle de infecção hospitalar no País, sendo elaborada uma carta ao Ministro da Saúde

contendo sugestões e solicitações a respeito de assuntos relacionados ao controle de infecção e os três itens abordados por Lacerda foram amplamente discutidos. Isso demonstra que o controle de infecção no País precisa de ações rápidas e uma intervenção não somente no controle, mas na revisão dos processos.

Levantar indicadores de processos tem sido algo discutido entre os controladores de infecção atualmente, e é importante na prevenção das infecções, pois leva à observação e avaliação dos pacientes de risco, submetidos às medidas preconizadas. São as ações que geram os resultados, bons ou ruins, e por isso estas ações precisam ser acompanhadas. É preciso uma reação diante da morosidade dos governos. Com pouco dinheiro e muita vontade de acertar, aliados à competência, há possibilidade de modificação da situação. Sabe-se que nos Estados Unidos, bilhões de dólares são gastos em função das infecções e que alguns Estados têm promulgado leis que requerem das instituições de saúde divulgação de dados de infecção. Esses relatórios são emitidos com base nos indicadores de processos, pois se acredita que se os processos estiverem bem estabelecidos não haverá ambigüidade. Além disso, os indicadores de processos não permitem ajustes aos pacientes sujeitos ao risco de infecção. Os processos são validados e aplicados em um pequeno hospital na região rural ou em um grande hospital urbano. As ações são acompanhadas dentro dos hospitais e divulgadas à comunidade (GRAVES, 2004).

Tendo por base os autores citados, pode-se dizer que no Brasil, diferentemente do que aconteceu nos Estados Unidos, em função dos fatores conhecidos, a saber, econômico, vontade política, cultura, entre outros, vê-se a lentidão com que tudo acontece. A primeira CCIH foi formada em 1963, no Hospital Ernesto Dornelles, no Rio Grande do Sul. Vinte anos depois, em 1983, foi aprovada a Portaria MS n. 196/83, determinando a criação e a normatização das CCIH. Nove anos depois, o mesmo ministério expediu a Portaria MS n. 930/92, determinando que todos os hospitais do País mantivessem um programa de controle de infecção hospitalar, independente da natureza da entidade mantenedora. Cinco anos depois, a Lei Federal n. 9.431/97 estabeleceu a obrigatoriedade de que cada programa promovesse vigilância epidemiológica para identificar ocorrências, determinar causas e possibilitar a proposição de medidas administrativas coerentes e oportunas. Em termos de Brasil,

portanto, é preciso decidir o que se quer e aonde se pretende chegar.

2.3 A Infecção Hospitalar em Santa Catarina

Em 1983, quando foi implantado o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar pelo Ministério da Saúde, o Estado de Santa Catarina contava com poucos hospitais desenvolvendo ações nessa área. Com a criação do Centro de Capacitação de Recursos Humanos para o Controle das Infecções Hospitalares no Hospital Infantil Joana de Gusmão, teve início um processo de conscientização dos profissionais para a existência do problema (SANTA CATARINA, 2004). Em 1988, esse centro propôs e realizou a capacitação de inspetores da Diretoria de Vigilância Sanitária, de todas as regionais de saúde do Estado de Santa Catarina, visando intensificar a fiscalização nessa área; a partir de então, os hospitais passaram a ser vistoriados também em relação à existência das CCIH (SANTA CATARINA, 2004).

Em 1991, a Diretoria de Assuntos Hospitalares (DAH) realizou um levantamento mediante questionário dirigido à direção dos hospitais e concluiu que apenas 7%, ou seja, 14 num universo de 207 Hospitais, possuíam CCIH. Com este resultado, abaixo da estimativa do País, que é de 10%, a DAH partiu para uma ação mais efetiva e propôs a criação da Gerência de Controle de Infecção Hospitalar em sua estrutura administrativa (SANTA CATARINA, 2004).

Em 15 de maio de 1992, por meio da Resolução 01/92/SES/SC, foi criado o Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar. Em julho de 1992, a Assembléia Legislativa aprovou a criação da Gerência de Controle de Infecção Hospitalar no organograma da Secretaria de Estado da Saúde, a qual desde então vem buscando estimular a criação das CCIHs de maneira sistemática e contínua. A receptividade a essas ações tem sido favorável; tanto que, em 2004, as CCIH já estão implantadas em 177 hospitais de Santa Catarina, o que representa 77% do total de hospitais (SANTA CATARINA, 2004).

Em 2004, por iniciativa de algumas pessoas interessadas no assunto e preocupadas com o Controle de Infecção no Estado, foi fundada a Associação

Catarinense de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (ACECIH) que, segundo ata de instauração (Anexo 1), tem por objetivos:

- Congregar os profissionais que atuam no controle de infecção hospitalar a nível estadual;
- Dar apoio científico aos profissionais que atuam na área de controle de infecção hospitalar;
- Organizar e patrocinar: jornadas, congressos, conferências, simpósios, reuniões técnicas e cursos de atualização em infecção hospitalar, bem como promover publicações específicas;
- Coordenar as publicações de livros e revistas e organizar acervo científico;
- Incrementar a pesquisa e o aperfeiçoamento científico, inclusive entre outras instituições;
- Cooperar com entidades oficiais, filantrópicas e particulares que tenham como objetivo a formação do controle de infecção hospitalar;
- Promover o intercâmbio com profissionais e entidades afins deste Estado, de outras Unidades Federadas e do Exterior;
- Desenvolver esforços no sentido do reconhecimento do profissional da área de controle de infecção hospitalar em nível de instituições de saúde;
- Estimular a criação de entidades congêneres em todas as unidades da Federação Brasileira, com o objetivo de fortalecer entidade a nível nacional;
- Fomentar a criação da disciplina de controle de infecção hospitalar em nível de graduação e pós-graduação na área da saúde;
- Incrementar a integração social dos membros da entidade.

Segundo informações colhidas, a ACECIH aguarda a liberação de seu CNPJ para iniciar efetivamente seus trabalhos e arregimentar membros.

Essa contextualização mostra o quanto o mundo avançou na área de controle de infecção hospitalar e o quanto ainda necessita avançar. Muito foi pesquisado sobre esse assunto, órgãos nacionais e internacionais estabeleceram-se, metodologias de pesquisa foram instituídas, indicadores são levantados e processos são estudados.

Mesmo percebendo certa morosidade comparativamente ao que acontece em outros países, no cômputo geral os achados são animadores, pois mostram que as repercussões têm acontecido e são positivas. Hoje com a informação e com o detalhamento sobre como um controle de infecção pode ocorrer, é possível continuar produzindo conhecimento e esperar uma melhora significativa na prevenção desse tipo de infecção no Brasil.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A atuação recente como enfermeira integrante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, iniciando também a construção deste trabalho, induziu-me à opção por um referencial teórico que tivesse um vínculo estreito com as questões da enfermagem, da saúde, da infecção hospitalar, da educação, do cuidado e da abstração, com o foco no ser humano. Muitos referenciais poderiam ser usados, mas a opção se deu por Florence Nightingale. Durante a vida acadêmica, e mesmo na vida profissional, ouvem-se críticas aos princípios de Florence Nightingale, precursora do trabalho de Enfermagem. Muitas destas críticas são feitas em tom pejorativo e jocoso, fazendo alusão à lamparina, à fragmentação da profissão, à subserviência à categoria médica, entre outras coisas. Parte dos que fazem essas críticas, certamente não conhecem o “momento” Florence Nightingale, ou conhecem o contexto de forma pueril e/ou não o correlacionam.

Assim, na exposição a seguir lanço meu olhar sobre os acontecimentos da época em que Florence viveu, traçando relações entre os mesmos e o modo de pensar e fazer enfermagem daquela mulher. A partir disso, apresento reflexões e estabeleço relações entre a enfermagem em Florence Nightingale, o cuidado e o controle de infecção.

3.1 Florence Nightingale – o divisor de águas na enfermagem

Depois dela, o mundo, principalmente para a enfermagem, nunca mais seria o mesmo. A Europa atravessava um momento febril e efervescente quando Florence Nightingale nasceu, na primeira metade do século XIX (1820). No final do século XVIII, um dos grandes marcos da história acontece: a Revolução Francesa. Uma das reivindicações dessa revolução foi o direito à educação; havia uma sede de se obter liberdade por meio do ensino.

A Revolução Francesa legou à Europa de então e a nós um mito: um herói burguês que antecipa em muitos aspectos o capitalista ferrenho, o competidor feroz que vence a qualquer custo: Napoleão Bonaparte, cujo livro de cabeceira, diz-se, era *O Príncipe*, de Maquiavel. Fato ou não, Bonaparte agia como se fosse; para ele, os fins justificavam os meios; em função da nação francesa, valia qualquer sacrifício, até mesmo do próprio povo, como afirmava Maquiavel (MACHIAVELLI, 1977). Bonaparte provocou na Europa as guerras mais destruidoras que o continente jamais conhecera, transformando determinadas batalhas em um confronto entre nações inteiras. Ele morreu em 1821, um ano após o nascimento de Florence Nightingale.

Segundo Graça (2000), essa efervescência na Europa foi provocada pelo galopante crescimento das cidades. No primeiro quarto de século XIX, Londres crescera 100%. Em consequência desse crescimento desenfreado, os indicadores de saúde agravavam-se, a taxa de mortalidade, entre 1831 e 1844, aumentara de 14.6 para 27.2/1000, em Birmingham; de 16.9 para 31, em Bristol e de 21 para 34.9, em Liverpool. No seu famoso *Report (...) on an Enquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* (1842), Edwin Chadwick (1800-1890) dava conta, por sua vez, da total ausência de hábitos de higiene pessoal e de saneamento básico na nova família operária:

Toda a família do operário das fábricas acordava cedo, antes do nascer do sol, mesmo no inverno, para irem ao seu trabalho; eles labutavam arduamente e retornavam às suas casas muito tarde. É altamente inconveniente, bem como desconfortável para eles terem que buscar água em lugares distantes de suas casas, nos rios, ou retirá-las dos poços através de bombas, a cada ocasião que necessitavam, considerando o frio, a chuva ou a neve. O menor conforto da limpeza é, obviamente, evitar o imediato e imenso desconforto de ter que buscar água. “Somente (...) no momento do nascimento e na hora da morte (...) eram realmente limpos” (CHADWICK, 1842, citado por GRAÇA, 2000) (tradução nossa).

Em 1851, a população da Inglaterra e do País de Gales era estimada em 9 milhões, ou seja, havia duplicado. Porém, ao contrário do que seria previsto, a riqueza nacional praticamente triplicou no período de 1801 a 1851. Florence, nesta época, estava iniciando sua carreira. (Graça, 2000). Vivendo na Inglaterra vitoriana, ela teve uma educação diferenciada das meninas da época; sob o ensino de seus pais, aprendeu

línguas, matemática, ciências e filosofia. Foi instruída na filosofia liberal de Platão, Jean-Jacques Rousseau e René Descartes (Snodgrass, 1999). Estudando sobre Florence Nightingale e entendendo, em parte, seu temperamento e sua obstinação, não é difícil, por meio de inferências, extrair em que cada um desses filósofos a influenciou.

Platão, que teve sua vida inteiramente consagrada ao estudo e à pesquisa e que aos 20 anos, aproximadamente, encontrou-se com Sócrates e passou a tê-lo como um de seus mestres, escreve, em uma de suas nove tetralogias, um diálogo entre Ménon e Sócrates, em que este diz: “O sábio é aquele que sabe que não sabe”. Nesse diálogo ainda estão expressas as idéias de que o homem não é dado a buscar o que sabe, nem o que não sabe: o que sabe, porque o conhecendo, não necessita buscá-lo; o que não sabe, porque tampouco sabe o que está buscando. Para Sócrates esse não era um raciocínio bem conduzido (NICOLA, 2005). Como este texto está entre os famosos de Platão, sendo uma das vigas mestras do seu pensamento filosófico, imagine-se Florence lendo essas mesmas palavras, que encontram espaço em seu ser insatisfeito e com ânsia de saber mais, por saber que não sabia tudo.

Também a filosofia de Jean-Jacques Rousseau claramente exerceu grande influência sobre Florence. Nicola (2005) o descreve como inconformista, inquieto, individualista por seu temperamento, mas coletivista por seu ideal. Rousseau diz que todas as cognições nascem da relação com o ambiente. Logo, é a educação que forma as mentes. É a idéia o guia da pedagogia desse filósofo, segundo a qual o homem aprende pensando, e não por imposição e técnica. As posições de Florence eram semelhantes às de Rousseau. Ela também era coletivista por ideal, e não permitiu que a necessidade do todo ficasse vinculada a uma posição pessoal de conforto, conformidade e alienação.

Assim como os dois anteriores, René Descartes estava presente no direcionamento que Florence deu à sua existência profissional. Segundo Descartes, o cientista não pode simplesmente confiar nas próprias habilidades intelectivas; ele deve ter um método que garanta a legitimidade dos resultados (Nicola, 2005). Vale ressaltar que método é diferente de técnica. Método é definido como o conjunto de regras capazes de evitar o erro e garantir a validade dos resultados. Vai muito além da técnica, da simples habilidade de executar algo. O tecnicista puro e simples, que não

possui método, por um simples viés na execução da técnica, erra todo o processo. Já quem possui um método e o persegue com tenacidade, sabendo especificar com exatidão as etapas necessárias, demonstra segurança cognitiva, inteligência e criatividade. Florence Nightingale era cartesiana. Era metódica. Era uma cientista, e legitimou seus resultados comprovando-os cientificamente por meio de resultados na redução da mortalidade, por seus dados epidemiológicos, por suas produções aos milhares, fatos irrefutáveis que a lançaram na história.

Florence teve como contemporâneo um outro filósofo, Karl Marx (1818-1883) que, tendo vivido grande parte da sua vida na Inglaterra – à época um verdadeiro laboratório social –, dedicou alguns capítulos de *Das Kapital* (*O Capital*; 1º volume publicado em 1867; 2º e 3º volumes editados por Engels e publicados postumamente, em 1885 e 1894, respectivamente) à exploração do trabalho de mulheres e crianças, à jornada de trabalho, à legislação fabril inglesa, entre outras (Graça, 2000). Não foi encontrada nenhuma citação quanto a possibilidade de Florence e Marx terem se conhecido, ou mesmo que um tenha influenciado o outro, mas com certeza os dois comungavam das mesmas idéias em muitos aspectos. Ambos lutaram, guardadas as devidas proporções, pela liberação feminina. Florence, criando uma nova categoria profissional que as emancipava profissionalmente, e Marx, abrindo-lhes os olhos, filosoficamente falando.

Harman (2000) afirma que para Marx o capitalismo deu às mulheres um potencial que nunca tiveram antes. Estas, que antes dependiam da vontade de seu marido ou pai como trabalhadoras, a partir de então passaram a ter maior independência e capacidade de lutar por seus direitos. Isso nos remete novamente à vida de Florence Nightingale. Carraro (1999) registra a contemporaneidade de Florence com o movimento feminista. Ambos surgiram no final do século XIX e início do século XX, quando a industrialização emergia na Europa e nos Estados Unidos.

Em 1837, Florence scandalizou seus pais recusando o casamento. Em 1849, na tentativa de dissuadi-la, seus pais enviaram-na a uma viagem, com um casal de amigos, através da Grécia, Egito, Itália, França e Alemanha. Nessa viagem, ela aproveitou para estudar métodos de enfermagem e sua administração. Na Alemanha, ela empregou uma quinzena em um orfanato administrado por diaconisas protestantes,

fundado em 1833 pelo Reverendo Theodor Fliedner, onde também se prestava assistência a pessoas necessitadas. Esse estabelecimento, em abril de 1836, foi ampliado e tornou-se o Kaiserswerth Hospital. Em 1881, o modelo Nightingale foi aplicado no Hospital Real Príncipe Alfred, em Sydney, na Austrália (SNODGRASS, 1999) e espalhou-se pelo mundo.

Além da história da medicina, Florence Nightingale participou, entre outros nomes, da implantação de medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar. Ela e seus contemporâneos obtiveram grandes avanços para o campo da saúde, como o desenvolvimento da anestesia, da microbiologia, das técnicas cirúrgicas, de antimicrobianos e de todo um arsenal tecnológico (LACERDA, 1996). As anotações, os postulados e toda a experiência de vida escrita e documentada por Florence representam uma riqueza científica inestimável.

No Brasil, a primeira escola de enfermagem foi fundada em 1890. A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, posteriormente chamada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, funcionava dentro do Hospital de Alienados e hoje pertence à UNIRIO. Em 1895, mediante iniciativa particular, foi criado o Curso de Enfermagem do Hospital Samaritano, em moldes nightingaleanos, com Enfermeiras inglesas que realizavam também a assistência domiciliar (INTESP, 2005).

Sem dúvida, Florence deixou-nos um legado. Além de suas idéias, que percorreram o mundo, ela nos ensinou como organizar essas idéias. Ela não media esforços para comprovar a eficácia de sua prática no cuidado, descrevendo-a e transformando-a em dados, por cuja obtenção e organização esmerava-se. Há mais de 150 anos ela demonstrou seus dados por meio de gráficos, de forma absolutamente clara. Pelo valor que ela dava à estatística e à matemática, acredita-se que ela as julgava fundamentais no entendimento de qualquer problema e procurou introduzi-las na educação. Hoje se sabe que Florence reduziu índices de mortalidade quando chegou à Criméia, muito provavelmente pelos resumos numéricos, os quais permitiam que ela calculasse taxas detalhadamente. Lendo seus artigos e suas cartas, percebe-se que os dados não eram números impessoais e abstratos, mas eram fatos e pessoas transformadas em símbolos que a ajudavam a mostrar aos outros como salvar vidas.

3.2 A Enfermagem em Florence Nightingale, o Cuidado e o Controle de Infecção

Waldow (2004) refere que o cuidado exige responsabilidade, compromisso, envolvimento com o seu próprio ser, com o outro e com o universo. A autora afirma que o cuidado transforma ambientes, humaniza relações, sensibiliza o humano de cada um e nos potencializa para ajudar os outros e a nós, contribuindo para um mundo melhor, mais saudável e mais ético.

Florence Nightingale escreveu sobre fatores que influenciam a saúde humana em várias vertentes. Ela escreveu sobre o espaço físico, social, psicológico e espiritual do ser humano. Em seu livro *Notes on Nursing* (1859), o leitor vê o que a enfermagem é e o que não é do ponto de vista de Florence. Ela oferece descrições específicas e guias sobre a otimização de vários fatores em prol do cuidado e do conforto, e de um acesso facilitado à saúde para o indivíduo. Ela discutiu a qualidade de fatores ambientais que cercam o indivíduo (ar, água, barulho, luz e nutrição). Essas questões, que fazem parte da essência da experiência do indivíduo, pode ser o limite detectável do que muitas enfermeiras hoje consideram enfermagem. Antes de elaborar planos ou teorias, ela preocupou-se em assegurar que o meio ambiente para a prestação do cuidado fosse conveniente. A atenção de Nightingale em relação ao meio foi significativa para as questões ambientais e contribuiu com a qualidade da saúde humana.

Hoje se sabe que vários fatores são prejudiciais ao meio ambiente e pouco se vê a enfermagem preocupada com este aspecto. Sabe-se que a Terra jamais consumirá a quantidade de plástico produzido e jogado no lixo; no entanto, a maioria das instituições de saúde precisa fazer campanhas para seleção de lixo. Hoje, como forma de estímulo para essa prática, muitos hospitais realizam gincanas entre suas unidades, doando uma variedade de prêmios àquelas que mais coletarem resíduos.

Na comunidade onde Florence fez o que fez, na Europa do século XIX, não havia prêmios. Ela agia por ter uma visão integral do indivíduo. A enfermagem atual provavelmente, se questionada, saberá responder sobre hidratação do paciente e nutrição adequada, mas preocupa-se pouco com o que cerca esse paciente. Muitos criticam Florence, porém o modelo demonstrado por ela aborda a natureza espiritual

do ser, do ambiente biológico, psicológico e os aspectos sociais do cuidado. Por anos, muitas das teorias de Florence sobre meio ambiente têm sido informalmente testadas pelos profissionais da saúde ocupacional. Ela escreveu vários estudos sobre a relação entre sintomas respiratórios e qualidade do ar, tendo sido foi muito específica em suas recomendações. Ela descreveu, com ênfase, a importância do meio ambiente e do espaço físico no qual o cuidado seria prestado.

Em função da observação das demandas crescentes para a enfermagem, pode-se sentir a urgência de um despertar rápido e eficaz na categoria com o intuito de legitimar, além do espaço de trabalho, uma sedimentação em termos de consistência profissional, prezando pela qualidade e assertividade, alavancando profissionalmente a enfermagem no que diz respeito a si mesma como categoria produtora de ciência aplicada ao cuidado e, conseqüentemente, capaz de atuar no controle da infecção hospitalar.

Pensar filosoficamente sobre a assertividade da enfermagem tem por objetivo entender o posicionamento profissional dessa categoria de forma integral, sem estar condicionada a uma forma separatista, subserviente e hierarquizada, que fragmenta a competência profissional em diversas parcelas de conhecimento, como se este fosse restrito a um grupo seletivo de pessoas. Considerando-se que as situações de cuidado exigem flexibilidade, ou seja, a compreensão de que em determinadas situações não existe uma única verdade, uma única forma de atuar, o enfermeiro precisa ter visão aberta e conhecimento amplo para ser capaz de conversar, argumentar e discutir de maneira contextualizada o posicionamento frente ao cuidado.

O pensar filosófico também objetiva entender a concepção da técnica. É comum haver distância entre a técnica e a abstração, como se para praticar a técnica não fossem necessários a ciência e o raciocínio. Os pensamentos crítico e lógico, que têm sido o grande diferencial dos profissionais procurados pelas organizações, precisa ser exercitado e usado, mesmo nas tarefas que exigem um predomínio maior da ação. Entendo, e não sou a primeira a descrever isso, que a operação mental básica de todo o ser humano, é pensar e fazer-se existir. René Descartes (1596-1650), um dos filósofos que inspirou Florence Nightingale, já dizia isso. Ser preciso na operacionalização das tarefas não significa apenas ser técnico; ser preciso é cuidar, é ser humano e agente de

mudanças. Ao fazer algo, é preciso articular a cognição, usar o intelecto, e isso inclui o controle de infecção na prática do cuidar. Apesar da importância desse tema, da quantidade de estudos a respeito e do fato de parecer óbvio, ainda se observam falhas na utilização das medidas de controle no cotidiano profissional, ou seja, o controle de infecção nem sempre está inserido no cuidado de enfermagem.

3.3 A Enfermagem em Florence Nightingale, as Dimensões do Cuidado e o Controle de Infecção

A enfermagem é uma profissão jovem; ao se fazer um paralelo entre a enfermagem praticada por Florence e a enfermagem brasileira, esta pode ser considerada mais jovem ainda. Segundo Carraro (2002), apesar da posição de Nightingale, a enfermagem adotou o modelo biomédico, deixando de olhar para o ser humano de forma integral, passando a cuidar de partes desse ser e a buscar conhecimentos também compartimentalizados para embasar seu saber e fazer.

Seguindo o desenvolvimento histórico, social e profissional de acordo com esse modelo, a enfermagem habituou-se a cumprir prescrições. Porém, no que se refere ao cuidado, ainda encontra muitas dificuldades em desenvolvê-lo, prescrevê-lo e assumi-lo como inerente à profissão. Esse olhar compartimentalizado dificulta ao enfermeiro considerar o controle de infecção como inerente à prática de cuidado.

Atualmente a infecção hospitalar ultrapassa seus aspectos perceptíveis e conhecidos, situando-se em dimensões complexas do cuidado à saúde. Ela é um evento histórico-social e não simplesmente biológico, e requer investimentos científicos, tecnológicos e humanos para a incorporação de medidas de prevenção e controle, sempre tendo em vista a qualidade do cuidado prestado pela enfermagem (PEREIRA *et al.*, 2005).

No que diz respeito ao cuidado, Neves (2002) nos aponta algumas dimensões, a partir de concepções teórico filosóficas, considerando experiências norte-americanas e brasileiras. A autora enfatiza que as concepções do cuidado associam execução técnica à expressão de atitudes condizentes com ele, entre elas, dignidade e respeito na relação

entre os sujeitos envolvidos no cuidado, sem as quais estaria caracterizado o descuidar.

A partir dessas reflexões, pretende-se traçar algumas relações entre a enfermagem em Florence Nightingale, as dimensões de cuidado propostas por Neves (2002) e Waldow (2001) e o controle de infecção. Como referencial, serão abordadas as seguintes dimensões do cuidado: cultural, estética, organizacional e existencialista (Neves, 2002), e a dimensão educacional (Waldow, 2001).

3.3.1 A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Cultural do Cuidado e o Controle de Infecção

Segundo Neves (2002), Leininger, na década de 50, iniciou o pensar sobre o cuidado. Seu trabalho estava relacionado à competência cultural da enfermagem. Ela fala sobre o cuidado cultural e a necessidade de ser sensível às regras culturais da saúde e do indivíduo. O cuidado com a cultura e a sensibilidade têm fortes relações com os componentes do meio ambiente e, conseqüentemente, com controle de infecção.

Ao contrário de Florence, Leininger, até onde se percebe, não especifica a questão do meio ambiente com grandes detalhes, mas faz fortes alusões em seus escritos à cultura. Cultura e meio ambiente diferem grandemente em um primeiro momento, mas se se pensar que diferentes significados são dados a aspectos culturais como comidas, linguagem, vestuário, gestos, e a características do meio ambiente, como luz, escuridão, som, cheiros, entre outros, torna-se difícil lidar com um sem necessariamente lidar com o outro.

Considerar a cultura como um fator ambiental seria positivo sob o ponto de vista do controle de infecção, pois isso impactaria o cuidado à saúde. Prestadores de cuidado culturalmente sensíveis poderiam proporcionar ou criar um ambiente onde o paciente sentir-se-ia aceito e suas características culturais respeitadas e honradas. Sendo assim, o trabalho de Leininger a respeito da cultura teria uma relevância para o meio ambiente, e o esforço incansável de Florence a respeito do meio ambiente seria sublimado no respeito para com a cultura do indivíduo. Tudo isso mesclado resultaria uma inestimável importância para o cuidado de enfermagem.

O controle de infecção, como já mencionado, necessita de medidas simples. A instituição mais abastada e a mais simples podem fazê-lo, em qualquer lugar, na zona rural ou urbana, nas grandes ou pequenas cidades, obedecendo a indicadores comuns, como já sugerido. Necessita-se, no entanto, de uma mudança de cultura em relação a isso, iniciando-se por não subestimar a capacidade dos microrganismos, e uma adaptação à cultura do sujeito.

Para exemplificar, cita-se aqui um hospital construído num Estado brasileiro para atender a população indígena. Naquele hospital, projetado por homens brancos, de uma cultura diferente da indígena, desconsiderou-se que os índios, principalmente os mais velhos, evacuavam no chão, de cócoras. Em seu mundo, sua cultura, eles nunca evacuaram sentados. Para eles, isso era uma agressão tão grande a ponto de interferir nas questões fisiológicas. Muitos ficavam dias sem evacuar e muitos acabavam por evacuar ao lado do vaso sanitário. A limpeza tornava-se difícil e, conseqüentemente, o controle de infecção também. De nada adiantaria a enfermagem fazer uso de todo seu conhecimento sobre função intestinal, dietas menos constipantes, entre outras coisas, afinal tratava-se de uma questão cultural. Era necessário conhecer a cultura do sujeito do cuidado. Obviamente, a estrutura precisou ser adaptada. O hospital foi reformulado e, ao lado do vaso sanitário, foram adaptados *shunts*, ralos abertos em inox que também possuíam uma descarga, o que permitia que os pacientes evacuassem de cócoras. Por meio de uma adaptação à cultura do sujeito do cuidado, sem violentá-lo, aproximando-o o máximo possível da sua realidade, o controle de infecção também foi beneficiado. É preciso olhar para o outro.

3.3.2 A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Estética do Cuidado e o Controle de Infecção

Neves (2002), analisando definições sobre esse a dimensão estética do cuidar de enfermeiras brasileiras e americanas, resume dizendo que consiste em:

experienciar a situação, sendo e estando presente por inteiro no momento, apreendendo com todos os sentidos o conhecimento que se origina da práxis, e de criar com a intuição e a imaginação o que for necessário para a realização do ato (NEVES, 2002, p.83).

Se houve alguém que experienciou situações na enfermagem, esse alguém se chamava Florence Nightingale. Da mesma forma que ela, o enfermeiro deve extrair conhecimento de sua prática e levar em consideração a cultura que o indivíduo traz consigo. Distanciando-se e analisando essa perspectiva de cuidado e a forma como Florence produzia seus conhecimentos, pode-se inferir que Neves (2002) baseou-se no modelo nightingaleano para produzir suas afirmações.

O controle de infecção surgiu também nessa perspectiva, por pessoas que observavam na prática, como Semmelweis, que mulheres em situações iguais, porém cuidadas em enfermarias diferentes, tinham prognósticos diferentes. Com base em suas observações ele escreveu seus postulados sobre mortes por infecção puerperal por falta de higiene das mãos. Aqui se percebe cuidado, Florence e controle de infecção perfeitamente sintonizados.

O cuidado precisa ser individualizado e não massificado como tem sido. Hoje se percebem orientações sendo dadas de forma generalizada. É preciso conhecer a experiência do sujeito do cuidado ou não se pode chamá-lo de sujeito de cuidado, e sim de “um qualquer”, ou objeto do cuidado. Quando abordadas essas questões, muitos consideram algo utópico. Entretanto, não é; pode ser feito se houver disposição. Se um paciente recebe alta fazendo autocateterismo, por exemplo, de nada serve a enfermeira ensiná-lo a fazer o cateterismo e lavar as mãos antes e após o procedimento, levando somente em consideração a realidade hospitalar. Ela precisa conhecer a realidade desse paciente. Quais são as barreiras arquitetônicas existentes em sua casa? Ele tem facilidade para chegar a uma pia de banheiro com sua cadeira de rodas? Se não, que alternativas ela teria para esse sujeito? Como ela orientaria esse paciente a lidar com sua bexiga neurogênica? Qual o significado dessa nova rotina tão difícil para esse ser humano que está sob seus cuidados?

É muito difícil entender a falta de interesse, por parte de alguns, em relação ao futuro de alguém que lhe foi confiado. Em casos como o descrito acima, o ideal seria uma visita domiciliar, mas, se não for possível, em alguns minutos de conversa, o enfermeiro pode, juntamente com o paciente, levantar alternativas, como o uso de uma bacia com água, o uso do álcool, se for de fácil acesso a esse paciente, entre outras coisas. Com alguns minutos de orientação, o enfermeiro estará controlando a infecção

de uma bexiga já colonizada, porém não infectada, e estará cuidando do bem-estar do sujeito sob seus cuidados. Uma simples ação, como a higiene das mãos, pode fazer uma imensa diferença à vida daquele ser humano.

Nesse sentido, quando o enfermeiro experiencia a situação do sujeito do seu cuidado, conhecendo o ambiente dele e entendendo, mesmo que parcialmente, realidade em que vive e seu contexto, o que o profissional extrair dessa prática terá aplicabilidade efetiva sobre sua prática de enfermagem e sobre o controle de infecção.

3.3.3 A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Organizacional do Cuidado e o Controle de Infecção

Neves (2002), tendo por embasamento Ray (1989) e Erdmann (1997), afirma haver necessidade de as organizações, vendedoras de um serviço que são, entenderem a prática do cuidado de enfermagem integralizado, compreendendo que ele tem uma vertente humanística de valor inestimável. O que se presencia, no entanto, são as organizações que prestam serviços de saúde, em função dos altos custos envolvidos na assistência, endurecerem suas concepções. O cuidado, em alguns casos, tem sido sacrificado em função da redução do tempo de internação, do custo do tempo do profissional, da tecnologia envolvida, entre outras coisas.

Em Florence via-se a otimização de espaços, de redução de custos, mesmo porque eram escassos, porém tudo convergia para a melhor prestação de cuidado possível. O controle de infecção foi proposto como sendo um detentor da mortalidade por infecção e um redutor de custos. Wenzel (1993) afirma que:

O Controle de Infecção é uma arte, uma ciência e um negócio. Espelhando o próprio campo da medicina e os postulados de Florence, o controle de infecção tem sido praticado como uma arte, por 150 anos como ciência, e somente nos últimos 15 anos como um negócio.

O controle de infecção como arte, ciência e negócio ainda tem muito a evoluir. Espera-se que haja uma evolução conjunta. Na arte, enfocando criatividade e leveza, em associação consciente com cuidado. Na ciência, pela busca constante de um conhecimento que, não refletido na prática do cuidado, nenhum valor tem. E no

negócio, por uma responsabilidade social e ecológica, buscando redução de custos. Se a arte e a ciência não estiverem sedimentadas, o negócio estará fadado à frustração. O controle de infecção realmente reduz custos, tanto tangíveis quanto intangíveis. A redução dos custos tangíveis está relacionada à diminuição do consumo de antibióticos, do tempo de internação, do tempo de afastamento do mercado de trabalho, entre outros. A redução dos custos intangíveis diz respeito a satisfação do cliente, diminuição da dor, reinserção dele à sociedade, à família e à produção, enfim, ao retorno, sem dano e com qualidade, à sua vida. A organização precisa entender que o negócio dela não é gerar lucro, o negócio dela é cuidar. O lucro será mera consequência, um subproduto da qualidade.

Escrevendo sobre liderança e administração de acordo com Florence Nightingale, Ulrich (1997) afirma que muitos dos pensamentos de Florence sobre estrutura organizacional têm permeado as organizações de cuidado à saúde. A autora cita um sumário com oito princípios organizacionais desenvolvidos por Florence para a escola de enfermagem do Saint Thomas Hospital:

1. Objetivos seguros requerem esforço de um grupo organizado e organização contínua;
2. Cada organização tem uma proposta primária;
3. Controle financeiro proporciona controle administrativo;
4. Liderança de uma área deve ter experiência nesta área;
5. Regras hierárquicas com limites claros de autoridade e responsabilidade são necessárias;
6. Grupos requerem regras definidas e bons regulamentos para funcionarem juntos, como uma organização;
7. Tomada de decisão deve ser baseada sobre levantamento de dados precisos;
8. O uso eficiente do potencial humano é essencial para uma organização. (p. 67) (tradução nossa)

Muitos imaginam que Florence tinha uma visão puramente missiológica e “doadora”; tal idéia não é verdadeira. Ela pensava na organização de enfermagem como um negócio, que precisava ser bem administrado e estar sob regras claras para que proporcionasse ao cliente, o sujeito do cuidado, condições dignas. Voltando a pensar no controle de infecção como arte, ciência e negócio, pode-se afirmar que o negócio será profícuo se o investimento na arte e na ciência for intensificado.

Muitas instituições têm consciência do custo de uma infecção hospitalar, porque conhecem o custo de um esquema de antibióticos de última geração, de uma internação, hotelaria, entre outros. O investimento em recursos humanos, portanto, ainda é ínfimo. As instituições ainda se preocupam pouco com a qualidade e a satisfação dos profissionais, não fazem dimensionamento de pessoal e geram o que se vê hoje em muitas realidades: uma enfermagem despreparada, que “arrasta sapatos”, que tem duplo, triplo vínculo, desmotivada para cuidar de si e, conseqüentemente, do outro em vários sentidos, entre eles, no controle de infecção. Algumas organizações precisam cuidar mais de quem cuida dos seus clientes ou seu negócio estará comprometido.

Radünz (1999), tratando com muita propriedade da questão do cuidar, relata que:

As instituições de saúde são co-responsáveis pela promoção da saúde, não apenas de seus usuários, mas também de sua equipe multiprofissional, devendo fomentar práticas de cuidar de si, disponibilizando espaço, tempo e recurso para tal, pautada em uma filosofia permeada pela ética da ecologia humana, implicando responsabilidades para consigo, com os outros, com a natureza, com a vida do Planeta. Espera-se que um serviço cuja missão é cuidar de pessoas seja constituído por profissionais comprometidos e capazes de cuidar, começando pelo cuidar de si. Isso certamente transparecerá na imagem e filosofia do serviço (RADUNZ, 1999, p. 128).

3.3.4 A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Existencialista do Cuidado e o Controle de Infecção

Neves (2002) trata da questão existencialista do cuidado, embasada em Patterson e Zderad (1976), sob a perspectiva de que a enfermagem, sendo arte e ciência, constitui-se em:

...conhecer, ser e fazer manifestando ao mesmo tempo sua natureza objetiva, subjetiva e intersubjetiva. É uma combinação de ser-com e fazer-com o paciente em uma situação de enfermagem. Conhecer implica um processo de investigação científica e o uso da intuição. Ser e fazer fundamentam-se no conceito de enfermagem como presença, [...] bem como diálogo...(p. 86)

A autora prossegue, complementando que concebido desse modo, o cuidado é feito com a participação do ser humano como sujeito ativo, salientando que as atividades que acontecem nas situações de enfermagem são experienciadas de formas diferentes por quem cuida e por quem é cuidado. Ou seja, cuidar na perspectiva existencialista é sair de si projetando-se em direção ao outro, no encontro entre quem cuida e quem é cuidado (NEVES, 2002).

A autora diz isso no sentido de experienciar a vivência do outro, o que exige uma intenção, pois pressupõe uma postura humanística sem negligenciar a competência técnico-científica, que envolve, entre outras questões, o controle de infecção. Se cuidar é experienciar, mesmo que subjetivamente, a vivência do outro, o cuidador deve fazer pelo sujeito do cuidado o que ele gostaria que fizessem por ele. O desejo da maioria dos indivíduos é conviver em um ambiente o mais limpo possível, ser submetido ao menor risco possível, e ser o menos invadido possível, entre outras questões.

Várias pessoas na história da humanidade demonstraram esse projetar-se em direção ao outro, mas Florence Nightingale personificou essa dimensão do cuidado na história da enfermagem. Ela abriu mão de uma vida confortável e luxuosa, de *status*, por uma causa. Não uma causa sem nexos, não apenas uma boa ação em favor dos miseráveis. Não era uma simples ação humanitária, como dar comida, sarar as feridas e auxiliar na higiene, em um contexto pontual, circunstancial, mas uma causa em favor da ciência, pela qual todos seriam beneficiados. Ela olhou para os que estavam carentes ao seu redor, projetou-se em direção a eles, mas enxergou além deles. Ela enxergou o futuro, enxergou a humanidade e nos enxergou. Se hoje somos enfermeiras cientistas é porque alguém se projetou em nossa direção. O sucesso adquirido por meio do trabalho e as vantagens advindas não eram o fim principal de Florence. O seu fazer era para o outro, em direção ao outro.

Brown (1993) relata que ao retornar da Criméia, Florence foi ovacionada. A Inglaterra foi tomada por *souvenirs* da senhorita Nightingale. Eventos recebiam seu nome. Um barco salva-vidas teve seu nome. Florence, porém, sensata como sempre, permaneceu indiferente. Havia lidado com a crua realidade e sabia o quanto ainda precisava ser feito. Várias contribuições em dinheiro foram feitas para uma

apresentação, algo semelhante a uma recepção oferecida pelas senhoras da sociedade inglesa, mas as doações foram tantas que se decidiu pela criação do Fundo Nightingale, o qual ajudaria a estabelecer um instituto para treinamento de enfermeiras. Naquela ocasião, sugeriu-se que os soldados contribuíssem com um dia de salário para o fundo. Segundo a autora, as tropas doaram quase nove mil libras (mais de duzentas mil libras em dinheiro de hoje). A mãe de Florence, emocionada diante do fato, escreveu a ela, que respondeu: “Minha reputação não me deu qualquer vantagem em meu trabalho; mas se ela a deixa satisfeita, isso é suficiente”.

Somente as duzentas mil libras doadas pelos soldados, convertidas para a moeda brasileira de hoje, segundo o conversor do Banco Central do Brasil, somariam aproximadamente R\$ 752.824, ou seja, quase um milhão de reais (BRASIL, 2006). Florence, contudo, não perdia o foco, pois sua motivação era o outro e ia além da assistência pontual; ela atingia a causa e não somente o efeito. Brown (1993) cita uma de suas falas:

Os horrores da guerra não são as feridas e o sangue, ou a febre, infecciosa e sorrateira, ou a disenteria crônica ou aguda, ou o frio, o calor e a fome. São a intoxicação, a brutalidade da embriaguez, a desmoralização e a desordem de parte dos subalternos; e o ciúme, as mesquinharias, a indiferença e o egoísmo brutal da parte dos superiores.

O controle de infecção e o cuidar requerem profissionais motivados, que se atualizam com frequência e capazes de se auto-avaliarem. O enfermeiro precisa de um parâmetro objetivo para mensurar a qualidade do atendimento que presta, ao mesmo tempo em que aponta e avalia soluções propostas. Realizar um efetivo controle de infecção é uma necessidade que pode ser medida em racionalização de custos, lucratividade ou exigências legais, morais ou éticas, mas antes de tudo é um compromisso com o cuidar do ser humano, razão de ser da enfermagem.

Maia *et al.* (2003, p. 54), escrevendo sobre o princípio do conhecimento e do cuidado terapêutico, afirmam que este pressupõe:

envolvimento e o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psíquico. Na experiência, intuição e pensamento crítico do cuidador... Buscando a promoção, manutenção e/ou recuperação da

sua saúde, dignidade e totalidade humana.

As autoras citadas ainda reforçam que nesse princípio de cuidar há a caracterização da competência, do comportamento, do desenvolvimento das habilidades, da responsabilidade, da postura profissional, no uso da tecnologia e das informações com clareza e consistência, de modo a levar o sujeito ao autocuidado e a ações que remetem claramente em favor do controle de infecção. Não há necessidade de nada além de saber que o controle de infecção é uma ciência, embutida na ciência produzida pela enfermagem, que tem por objetivo maior o cuidar. A enfermagem em sua essência é aquela que, em tudo o que faz, cuida.

3.3.5 A Enfermagem em Florence Nightingale, a Dimensão Educacional do Cuidado e o Controle de Infecção

O posicionamento de Florence em relação à educação é notório. Segundo Brown (1993), a desenvoltura de Florence deu-se em função da sua busca pessoal pelo autodesenvolvimento e pela disseminação de uma filosofia, sempre pautados no estudo e nos dados epidemiológicos levantados. Além do conhecimento científico, Florence era uma pessoa culta e isso fez diferença na sua representatividade. Ela sabia portar-se e colocar-se. Como exemplo disso, Brown (1993) cita uma guerra de palavras travada entre Florence e o doutor Hall, que em muitos sentidos tentou dificultar o trabalho de Florence. Tal fato pode ser sentido nas cartas que ela enviava a um médico amigo na Inglaterra, compiladas por Goldie (1997). O doutor Hall enviou um relatório ao exército acusando Florence de insubordinação, e as enfermeiras sob sua liderança de desobedientes, ineficientes e imorais. Várias reuniões foram feitas para análise do caso; finalmente, em 1856 um relatório favorável a Florence foi emitido, porém o doutor Hall foi promovido. Florence escreve com amargura:

Vivo num estado de fúria. Vi homens caminharem para aquele longo e tenebroso inverno sem outra proteção a não ser um cobertor sujo e velhas calças de regimento, quando sabíamos que os depósitos estavam cheios de roupas quentes; esqueletos vivos devorados pelos vermes, feridos, sem esperança, sem fala, morrendo à medida que encostavam a cabeça no

travesseiro sem dizer palavra... Podemos admitir a promoção de homens que causaram essa calamidade colossal, nós que vimos tudo?

Florence era incansável. Após a Guerra da Criméia ela foi reconhecida pelo governo britânico com o título de Superintendente Geral do Instituto de Enfermagem dos Hospitais do Exército. A partir de então a palavra de Florence “seria lei. Todos os inimigos [dela] foram derrotados em uma só tacada” (Brown, 1993). Tendo retornado à Inglaterra, deu início à educação formal para o exercício da enfermagem e quatro anos depois, escreveu *Notas sobre Enfermagem*. Seis meses após a publicação desse livro, criou a escola de treinamento para enfermeiras. As profissionais formadas ali eram requisitadas em todo o mundo. Em 1867, um grupo foi para Sydney na Austrália e, em 1880, as enfermeiras de grandes hospitais na Grã-Bretanha, Canadá, Suécia, Alemanha e Estados Unidos eram ex-alunas de Florence (BROWN, 1993).

Notas sobre Enfermagem serviu de base para o ensino dado por Florence e ainda hoje é um guia sobre o cuidado. Nele, ela trata dos fundamentos da enfermagem extraídos de anos de experiência e de observação criteriosa, de estatística do cuidado à beira do leito. Ela discorre sobre o ambiente (luz, calor, ventilação e limpeza), a atitude do enfermeiro (gentileza, conhecimento e postura) e sobre o sujeito do cuidado (estado de conforto, tranquilidade, nutrição, exposição e limpeza). Em *Notas sobre Enfermagem* Florence escreveu sobre controle de infecção hospitalar.

Waldow (2001), escrevendo sobre a dimensão educacional do cuidado, relata que pouco existe descrito na literatura sobre o tema, e, com base em seus estudos, levanta uma questão: é possível ensinar comportamento de cuidado? Conclui, citando um outro trabalho de sua autoria sobre o desenvolvimento do pensamento crítico na enfermagem. Para ela, esse pensamento crítico adquirido por meio da aprendizagem proporciona independência e assertividade e isso pode “acionar a consciência humanitária, na qual o cuidado passa a ser uma práxis na experiência de vida humana” (1993, pág. 111). A autora conclui essa obra, em seus últimos parágrafos com as seguintes palavras:

[...] uma questão que emerge frente à educação para o cuidado humano diz respeito ao preparo dos agentes responsáveis pelo cuidado direto [...] No processo de educar para o cuidado humano, é necessária a conscientização

como um valor e um imperativo moral, sensibilização e exercício. O cuidado humano é um processo de empoderamento, de crescimento e de realização [...].

O pensamento crítico é fortalecido por meio da educação. Quanto maior a gama de conhecimentos, mais fluidez e rapidez haverá no cruzamento das informações quando se fizerem necessárias ações rápidas, respostas fundamentadas, argumentações coerentes e tomada de decisão precisa. O profissional responsável pelo cuidado deve ter um preparo fundamentado.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Caracterização do Estudo

Esta pesquisa é de abordagem qualitativo-descritiva, e nela buscou-se compreender a relação entre o controle de infecção e a prática do cuidar.

Pode parecer controverso falar de controle de infecção hospitalar e pesquisa qualitativa. O controle de infecção é relacionado, por alguns a índices, a taxas, percentuais e processos, entre outras questões objetivas, mas quando se pensa em controle de infecção hospitalar e cuidado, se pensa em uma abordagem relativa aos fenômenos humanos, portanto de difícil objetividade, ou seja, de natureza qualitativa. Sendo assim, a inquietação a partir da observação da prática do cuidar dos enfermeiros e a participação recente na comissão do controle de infecção hospitalar (CCIH), levou-me à opção pela pesquisa qualitativa.

Segundo Wood e Harber (2001), a pesquisa qualitativa tem a responsabilidade de gerar conhecimento, estudando fenômenos não-quantificáveis, mensuráveis, ou seja, fenômenos que não se tornam objetivos. Minayo (2004) ressalta que essa metodologia se preocupa com o significado, fortificando a introspecção do indivíduo quando ressalta e trabalha questões que antes passavam despercebidas. Polit e Hungler (1995) dizem que na pesquisa qualitativa “pesquisadores tendem a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspectos em sua totalidade, no contexto daqueles que os estão vivenciando”.

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade; amostragem adequada é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (Minayo, 2004). Essa pesquisa, portanto, não está enfocada no caráter numérico, mas na qualidade das informações obtidas junto aos sujeitos.

Os dados coletados foram analisados de acordo com a modalidade temática da

proposta da análise de conteúdo, a qual se propõe a identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode ter significado para as questões em tratamento (BARDIN, 1977).

4.2 O Local e os Sujeitos Envolvidos

O estudo foi desenvolvido em um hospital geral de grande porte com capacidade para 240 leitos. O mesmo é referência em uma região do Estado. A população desta é de 394.137 habitantes. A amostra foi composta por 11 enfermeiros selecionados aleatoriamente, os quais atuam nas unidades e prestam cuidado direto ao paciente. Como a pesquisadora não conhecia os enfermeiros, o critério utilizado foi a disponibilidade dos mesmos.

As unidades de internação contam com uma população-alvo de 24 enfermeiros, em uma população geral de 50 enfermeiros em todo o hospital. A amostra representa 62% da população-alvo e 30% da população (universo). Polit e Hungler (1995) definem **população-alvo** como aquela em que o pesquisador está interessado e a que ele gostaria de generalizar os resultados do estudo, e **população** todo o conjunto de indivíduos que possuam alguma característica comum, por vezes chamada de universo.

Todas as abordagens foram feitas em horário de trabalho, os encontros individuais tiveram duração média de 80 minutos e ocorreram no segundo semestre de 2005.

A escolha por esse local para desenvolvimento da pesquisa se deu em função de não ser ambiente de trabalho da pesquisadora, por tratar-se de um hospital escola e um expoente na região.

4.3 Dimensões Éticas da Pesquisa

Durante este trabalho observaram-se os aspectos éticos da pesquisa; seu projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFSC, à direção do hospital e às lideranças dos

setores. Princípios bioéticos, como autonomia, anonimato, não maleficência e beneficência também foram observados. A divulgação do resultado da avaliação dos instrumentos foi consentida pelos profissionais entrevistados mediante termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1), incluindo a permissão de gravação das entrevistas, assegurando o sigilo e a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, conforme Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997). A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSC.

4.4 Coleta e Registro dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice 2) seguindo um roteiro de temas norteadores. Conforme sugerido por Trentini e Paim (2004), essa modalidade de entrevista possibilita investigar um tema na sua máxima horizontalidade, verticalidade e profundidade, por permitir a descoberta de como ocorrem os fenômenos.

O registro das entrevistas foi feito por meio de gravações, transcritas logo após realização e pré-análise. Esse processo se deu até a saturação dos dados, ou seja, até o momento em que as respostas começaram a se repetir. Isso ocorreu a partir da nona entrevista, porém, por margem de segurança, outras duas entrevistas ainda foram realizadas.

4.5 Discussão, Organização e Análise dos Dados

Foi operacionalizada conforme Bardin (1977), que sugere:

- a) **Pré-análise das entrevistas transcritas:** nessa etapa, buscou-se exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, objetivando-se sistematizar as idéias originais e organizar a exploração

do documento.

- b) **Exploração do material:** codificando (transformando os dados brutos sistematicamente, agrupando-os em unidades), classificando (extraíndo características do conteúdo) e categorizando (classificando os elementos, investigando o que há de comum entre eles).
- c) **Tratamento dos resultados – inferência e interpretação:** nessa fase o pesquisador visa condensar e ressaltar as informações fornecidas pela análise, permitindo as inferências e as interpretações quanto aos objetivos previstos ou outras descobertas inesperadas.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos entrevistados

Dos 11 sujeitos entrevistados, somente um era do sexo masculino, com idades entre 22 e 36 anos, com predomínio na faixa etária de 25 a 30 anos. Observa-se que 10 deles tiveram sua formação profissional, em nível de graduação, na mesma universidade. Em relação ao tempo de conclusão do curso de graduação, houve predomínio de profissionais enfermeiros graduados entre 1 a 11 anos, com tempo de admissão na instituição como enfermeiros variando entre 6 meses a 8 anos.

Dos enfermeiros entrevistados, quatro atuam em UTI geral, três em UTI neonatal e quatro em unidades de internação: clínica médica e cirúrgica. Dentre eles, dois trabalham no período noturno.

5.2 Caracterização das entrevistas

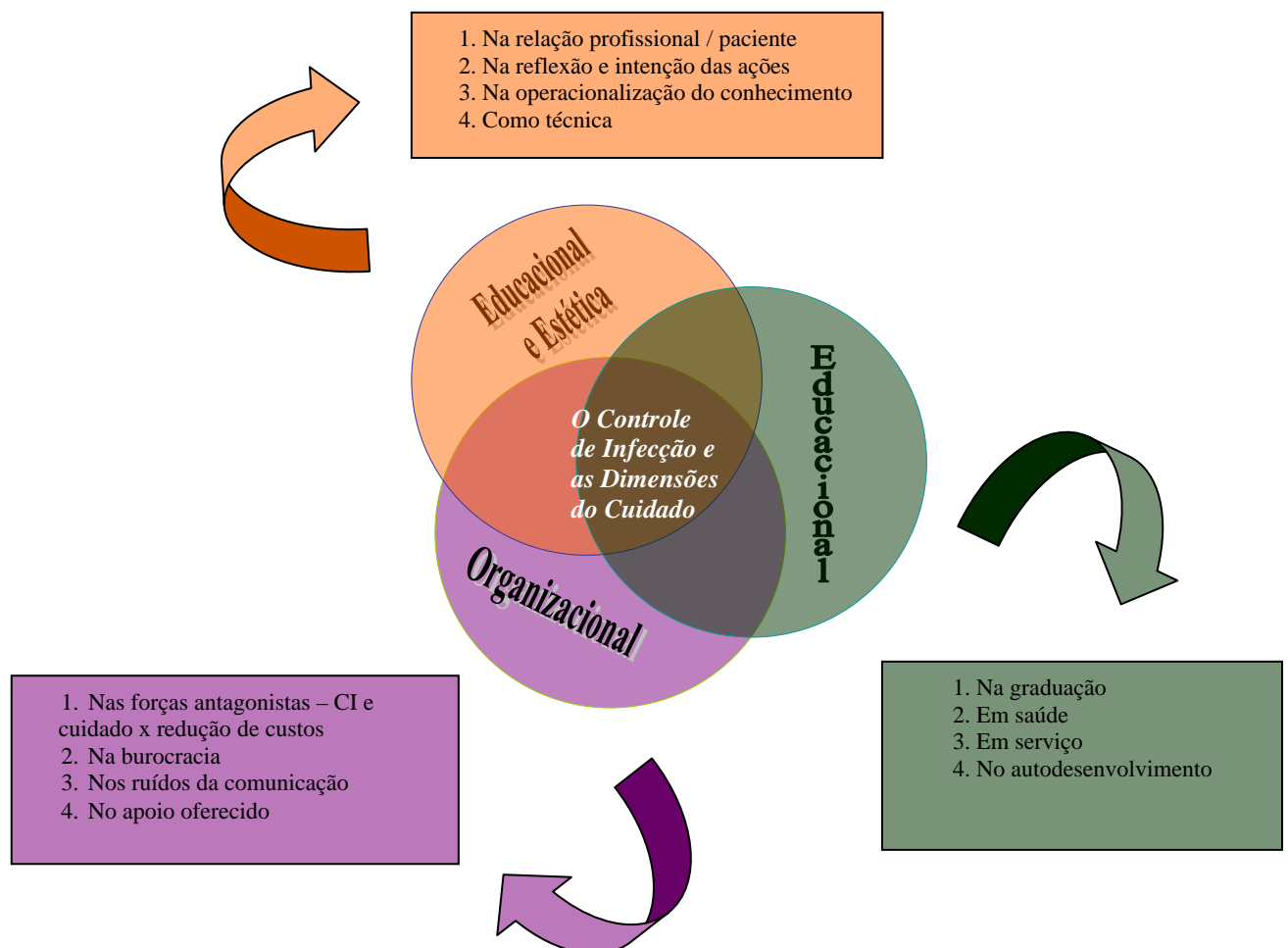
Os dados coletados por meio de entrevistas apresentados a seguir, estão relacionados com a área temática identificada, a saber: a relação que os enfermeiros fazem entre Controle de Infecção e Cuidado.

Segundo Bardin (1977, p.30), “a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a conteúdos diversos. É uma interpretação dos sentidos das palavras”. A análise de conteúdo nesta pesquisa permitiu levantar dados a respeito da relação feita pelos sujeitos, neste caso, os enfermeiros, entre controle de infecção e cuidado, a partir das significações contidas em trechos dos relatos. Bardin (1977, p.31) relata que muitas vezes, os “conteúdos se encontram ligados aos códigos que contêm as significações, algumas vezes escondidas”. A opção

pelo método de análise do conteúdo se deu pelo entendimento de que o texto produzido pelos enfermeiros permite inferir, a partir dos indicadores das mensagens, conhecimentos relativos à produção da relação entre controle de infecção e cuidado estabelecida por esses sujeitos, ou a inexistência dela.

Analizando o conteúdo das entrevistas, observa-se que esse grupo de jovens profissionais, em sua maioria, se preocupa com o controle de infecção (CI) e com o cuidado, porém apresentam certa dificuldade para estabelecer uma relação entre esses dois processos. Uns mais, outros menos, uns em alguns aspectos, outros em outros, demonstraram, em suas falas que essa dificuldade se dá por questões pessoais, organizacionais e de formação.

Foram extraídos das entrevistas alguns dados e, destes, emergiram vários códigos com seus significados, os quais formaram as categorias e subcategorias demonstradas no quadro a seguir.



5.3 Análise dos dados obtidos nas entrevistas

Estabelecidas as categorias e subcategorias e feita a análise qualitativa, confrontando os relatos com o referencial teórico do controle de infecção e do cuidado, os fragmentos de registros utilizados neste estudo receberam um código composto pela letra "E" de enfermeiro e um número correspondente à ordem das entrevistas, conforme apresentação a seguir.

5.3.1 Controle de Infecção e as Dimensões Existenciais e Estéticas do Cuidado

Quando a dimensão existencialista é citada, não se quer explorar o existencialismo filosófico como um exemplo de ética humanística, defendido em diferentes formas por pensadores como Kierkegaard, Heidegger, Sartre entre outros. Os filósofos existencialistas revelam ceticismo quanto a um futuro bom para a humanidade, e costumam relativizar o certo e o errado do ponto de vista do indivíduo. Para eles, o certo é ter uma experiência, é agir (LOPES, 2004).

Segundo Jean Paul Sartre (1978), o centro de tudo é a existência humana. Para esse filósofo não há Deus criador e o homem, portanto, é livre, não é submisso a nada, não tendo regras a respeitar senão as que ele criar. O homem é livre e o único responsável por si mesmo e essa liberdade e responsabilidade, no existencialismo, é a fonte da angústia humana. A existência, para os adeptos dessa linha de pensamento, é algo temporário e angustiante, que se encontra entre o nascimento e a morte.

Não é a essa questão existencial a que me refiro, mas a questões otimistas da existência. O presente deve apontar para o passado e buscar as experiências, pessoais e coletivas, vividas e aprendidas, e também para o futuro buscando direção e propósito. Não há aqui nenhuma intenção de discutir fé; porém, como Lopes (2004) relata, o existencialismo é o sistema ético dominante na sociedade moderna, que tende a validar eticamente atitudes tomadas com base na experiência individual, e a isso me refiro nesse momento, pois considero que precisamos pensar no coletivo para além de nós mesmos.

Os enfermeiros, ao discorrerem sobre sua visão de controle de infecção e

cuidado e sobre as relações existentes entre esses conceitos na prática, de forma objetiva, evidenciaram certo distanciamento entre o conhecimento obtido e sua aplicação e dificuldades para aplicar na prática o conhecimento que possuem. Todo o discurso é direcionado ao cuidado e ao controle de infecção como se fossem linhas paralelas, com algumas transversais, mas que nunca se encontram e se unem de fato.

Waldow (2001), em narrativa sobre a interpretação do cuidar e sua trajetória na enfermagem brasileira, relata que há uma tendência à convergência entre a ciência e a arte na enfermagem, por ser esta uma área do conhecimento de aspecto prático, mas que lida com a natureza humana e física do sujeito do seu cuidado. Isso requer, além de conhecimento tecnológico, fluidez na relação do enfermeiro com questões emocionais e intuitivas, o que remete ao aspecto artístico, jamais esquecendo do aspecto moral. A autora é categórica ao ponderar: “O que se espera é que não haja privilégios de um ou de outro enfoque, mas uma harmonização, formando uma sintonia de ritmos” (Waldow, 2001, p. 61).

Analisando o conteúdo das entrevistas sobre a prática do cuidado e do controle de infecção, extraíram-se quatro subcategorias em relação às dimensões existencial e estética, a saber:

- A Dimensão Existencial e Estética na relação profissional / paciente
- A Dimensão Existencial e Estética na reflexão e intenção das ações
- A Dimensão Existencial e Estética na operacionalização do conhecimento
- A Dimensão Existencial e Estética vistas como técnica

5.3.1.1 Controle de Infecção e as Dimensões Existencial e Estética do Cuidado na relação profissional/paciente

Ação permeada por significância é fruto das relações, do compromisso de uma pessoa com outra. Só um compromisso real leva um ser em direção ao outro, a projetar-se na direção do outro. Essa é uma das vertentes da dimensão existencialista do cuidado.

Nessa perspectiva, Neves (2002, p.83) diz que o prestador do cuidado precisa “ser /estar presente por inteiro... apreendendo o conhecimento... e criando com a

intuição e a imaginação o que for necessário para a realização do ato”. O sujeito do cuidado está ali, inteiro, muitas vezes dependente, aberto ao prestador do cuidado, que deve também colocar-se de forma inteira. Neves (2002) chama de dimensão estética do cuidado “o experienciar a situação do outro”. Mesmo que o sujeito do cuidado resista por qualquer motivo ao cuidado prestado, ainda assim, o enfermeiro cientista saberá usar, com paciência e profissionalismo, argumentos que atinjam aquele pelo qual estudou e se preparou.

As respostas dos enfermeiros, quando questionados sobre o cuidado e a prevenção de infecções – abordagens feitas ao paciente antes da alta, preparação do paciente para alta, orientações prestadas, laços firmados e visitas domiciliares – demonstraram um desejo, uma preocupação com o ser-paciente, um projetar-se em direção a ele. Um dos enfermeiros verbalizou:

Eu faço as coisas um pouco, às vezes [é] instintivo. Toda enfermeira é meio professora, a gente tenta, na verdade, mostrar aos pacientes o que é mais indicado ao ensiná-los a cuidar. Na verdade, somos educadores e cuidadores, eu tento passar aos pacientes orientações para que eles se cuidem em casa, o que fazer para evitar uma piora, o que isso vai trazer de benefícios mais tarde. Eu tento passar para eles esse tipo de coisa. (E6)

No entanto, em momentos importantes dessa relação, percebem-se fragilidades no contato e no estabelecimento de compromissos entre o profissional e o sujeito do cuidado. Alguns momentos ricos para o estreitamento de um vínculo são perdidos. O aproveitamento de momentos propícios à interação com o paciente, como banhos, procedimentos e visitas, nos quais o enfermeiro poderia ouvi-lo, orientá-lo, colocá-lo em relação com o ambiente ou simplesmente tocá-lo, é altamente discutido em salas de aula, cursos de humanização e palestras, entre outros eventos; entretanto, invariavelmente, enfermeiros e equipes de enfermagem desvalorizam esse conhecimento. Exemplos são relatados a seguir:

A gente peca muito, a equipe às vezes é entrosada entre si e esquece que o paciente, mesmo em coma, escuta. Às vezes a gente conta piada, às vezes conversa em um tom extrovertido, ou fala de um outro paciente sem o nome, mas ele não sabe se é sobre ele que o comentário está sendo feito. A gente peca muito nisso, eu sou clara em dizer que a gente peca muito. (E1)

A gente percebe em alguns membros da equipe uma preocupação maior com isso, em outros não. A gente vê que eles se interessam, que elas perguntam, mas algumas não. (E3)

As meninas que ficam nos quartos conseguem muito mais do que eu. Elas acabam tendo mais conhecimento e mais intimidade com os pacientes do que eu, porque eu faço uma visita e não passo mais. Alguns pacientes eu nem conheço. Elas conseguem ter bem mais. (E5)

De vez em quando eu tenho que falar com eles, explicando, hoje falei com eles novamente porque eles vão bem até um determinado momento depois caem novamente. Eu disse: temos que tratar todos nosso pacientes humanitariamente. Hoje eu chamei a atenção deles, porque às vezes eles esquecem que mesmo que o paciente esteja em ventilação mecânica e em coma, ele pode estar ouvindo. Às vezes temos pacientes desorientados e a equipe os trata como pacientes normais. (E9)

Sabe-se que existem fatores a serem considerados na dificuldade do estreitamento de laços e compromissos entre paciente e enfermeiro, como se vê na expressão a seguir:

A gente procura ajudar a paciente na medida do possível, mas às vezes tem poucos funcionários. Hoje, por exemplo, nós temos 19 bebês, uma funcionária está de folga por causa do feriado, a outra está em fase final da gestação, a outra é nova e a outra sou eu. , às vezes fica meio difícil. (E4)

A subcategoria Controle de Infecção e as Dimensões Existencial e Estética do Cuidado na relação profissional / paciente também evidenciou a falta de conhecimento do ambiente e do contexto dos pacientes. Os enfermeiros, na sua maioria, demonstraram não conhecer a origem, a realidade de seus pacientes.

Segundo Waldow (2001, p.131), para o enfermeiro “é de suma importância o conhecimento dos rituais que envolvem cada sujeito do cuidado, pois só assim estará apto a entender suas reações e embutir significância no cuidado”. Compromisso pressupõe envolvimento entre dois seres. Alguns enfermeiros não conseguiram transpor alguns limites em direção ao paciente.

Não, a gente sabe de conversa, mas não que a gente vá atrás disso. Se a gente vê que tem uma mãe muito carente, a gente conversa. Até as outras mães vêm falar para nós: “Ó, fulana é bem pobre”. Isso acontece aqui dentro. a gente tem doação de roupa. Mas como é que é a casa, a gente não sabe. (E3)

Reunimos as mães rapidinho e orientamos... Às vezes é complicado, pois elas estão sonolentas e com dor. Entregamos um folder, mas as mães analfabetas ficam só com as orientações verbais mesmo. (E4)

Algumas vezes, na alta, eu consigo... Aqui dentro, enquanto [está] internado é difícil. Muitos pacientes não sabem nem como tomar o comprimido. A gente dá aquela orientação rápida. (E5)

Algo que ficou evidenciado é que alguns destes enfermeiros trabalham com pacientes crônicos, pacientes que são reinternados com certa frequência. Mesmo esses pacientes não são conhecidos, bem como o motivo de suas reinternações. Isso ficou evidenciado na fala a seguir, quando houve um questionamento quanto a um possível programa com esses pacientes.

Não. Nenhum. A gente não tem nenhum trabalho. Tem uns até que a gente já conhece. São sempre os mesmos. (E5)

Percebe-se uma tentativa, um esforço de alguns enfermeiros, na busca desse conhecimento e na contextualização do cuidado. Na fala a seguir há evidência de um caminhar nesse sentido, de conhecer o contexto do paciente, suas condições de moradia e socioeconômica.

Eu procuro ter um tempo com a família e saber como é a casa, onde mora... Vocês têm condições de comparar essa solução?... Muitos dos nossos pacientes não têm água e nem luz, não adianta eu pedir que eles comprem Dersani. (E8)

[...] é complicado até por condições de higiene. Às vezes não tem água, não tem luz em casa, pacientes chegam com escabiose, com pediculose, miíase até o pescoço, e tu deixa a pessoa zerada, tenho até pena de mandar para casa porque vai chegar em casa. A família pede para não deixar ir embora e dizem: como vou levar esse homem para casa se eu não tenho luz... A gente tenta sempre dar uma orientação: a senhora não se preocupe, a senhora só tem que conseguir água limpa para lavar... Eu tento conhecer a realidade do paciente que é fundamental para poder dar uma orientação. Não adianta eu pedir para uma pessoa que não tem luz em casa, comparar Dersani para tratar a úlcera. (E6)

Segundo Waldow (2001), Leininger investigou 54 culturas e hábitos de vida, além de experiências de saúde, doença e rituais, e encontrou 175 construtos de cuidar e cuidado. Conhecer os constructos de cuidado do sujeito, permite ao enfermeiro determinar orientações e prever reações desse sujeito, tornando o cuidado o centro convergente das ações que incluem o controle de infecção.

Florence Nightingale demonstrou à enfermagem como proceder nesse sentido. Ela projetou-se em direção ao sujeito do cuidado. Mesmo denominando-se uma “enfermeira cirúrgica, voltada para a enfermagem prática” (Nightingale, 1859, p. 141), estava voltada para a prevenção, para o conhecimento da realidade do sujeito do seu cuidado. De onde ele vinha? Para onde ia? Brown (1993) relata que Florence saía do seu local de trabalho, o então Instituto para o Cuidado de Senhoras Doentes, e ia às ruas conhecer a realidade da cidade, que na época era assolada pela cólera. Isso aconteceu no início da sua carreira, e anos depois a influenciaria fortemente na luta pela reforma sanitária de Londres.

O compromisso mútuo, proveniente da relação entre cuidador e sujeito do cuidado, determinará ação e reação no relacionamento em todos os sentidos do cuidado, inclusive no controle de infecção. Determinará a harmonia “de ser-com e fazer-com o paciente em uma situação de enfermagem” (NEVES, 2002, p. 86).

5.3.1.2 Controle de Infecção e as Dimensões Existencial e Estética do Cuidado *na reflexão e intenção das ações*

O cuidado e o controle de infecção estão intimamente relacionados, não havendo como dissociá-los. O controle de infecção nem sempre está embutido no cuidado, mas o cuidado sempre está presente no controle de infecção. Teoricamente isso é claro, mas na prática nem sempre é perceptível. Alguns profissionais parecem não perceber que quando abrem mão, por qualquer que seja o motivo, do controle de infecção, estão praticando um des-cuidado. Em algumas situações, percebe-se o exercício de determinadas práticas mais por uma questão de rotina do que pela consciência de que por ser ciência necessita da intervenção de um cientista, do enfermeiro. Não sendo assim, não se pode chamar esse tipo de prática de cuidado

científico de enfermagem.

Esse cuidado “recheado” de ciência requer reflexão sobre as ações, abstração sobre o conteúdo e racionalização sobre a intenção da ação, o que somente pode ser feito por um estudioso da área, pelo detentor do conhecimento, e não delegado a quem não detenha esse conhecimento, sob o risco de sacrificar o cuidado.

Pereira *et al.* (2005, p. 253) registram que “sem a assimilação e implementação dos procedimentos corretos por quem executa no paciente, com a necessária integração da equipe da CCIH, o problema da IH sempre será um entrave na prestação de serviços à saúde”, e ousa acrescentar, na qualidade do cuidado.

Segundo as entrevistas, os enfermeiros procuram estabelecer essas relações, tomando para si a realização de procedimentos invasivos (que requerem conhecimento científico e impõem ao sujeito do cuidado maior risco); tal atitude é extremamente positiva. Isso pode ser observado nas falas a seguir:

Punção arterial só médico ou enfermeiro faz. Aspiração é permitido que outros profissionais façam sob a supervisão da enfermeira. Passagem de sonda, tanto vesical como gástrica, é só da enfermeira. (E2)

Procedimentos como gasometria, sondagem vesical de demora. Sonda nasogástrica ou nasoentérica é de domínio do enfermeiro. Além disso, tem punção de jugular externa. (E6)

No hospital, todos os procedimentos invasivos é a enfermeira quem faz. Quando o curativo é muito grande sou eu que faço. Deixo aqueles curativos mais simples para a equipe, mas tento estar junto com eles. (E7)

Procedimentos invasivos eu mesma faço. Sondagem e tudo mais, sou eu que faço. (E10)

Percebe-se preocupação dos enfermeiros em relação aos procedimentos que requerem maior conhecimento e envolvem maior risco, e um posicionamento em relação a essa questão. Tem-se, porém, a impressão de que o mesmo rigor não é aplicado às demais ações. Há uma aquiescência, uma flexibilização de que algumas coisas ocorram não exatamente como deveriam, como se vê a seguir:

Os pacientes estão próximos um do outro, os nossos vidros de aspiração estão muito defasados, às vezes a gente está aspirando e eles ficam jorrando secreção. A gente acaba contaminando os pacientes. Eu tenho consciência que muitas coisas a gente faz errado... Melhoraram algumas coisas. A gente

conseguiu com que a equipe tomasse cuidado na aspiração, no uso de luvas. A fisioterapia também, mas mesmo assim a gente tem muitos casos de contaminação. (E1)

Perguntaste sobre dificuldade, talvez essa seja uma. Os médicos aqui não prescrevem antibióticos, só os profiláticos mesmo, mas tem um que sempre dá um antibiótico para a pacientes ir tomando, na alta. Eu acho isso errado, mas também nunca questionei muito. (E4)

Não usamos nem máscara e nem óculos. Isso é errado! (E8)

Muitas vezes estamos na mesmice, caímos na rotina, sabemos fazer o certo e não fazemos. Já sou enfermeiro há 12 anos, tenho 15 anos de casa, e eu fico na mesmice, eu acho que não é por aí. (E11)

Lentz e Erdmann (2003, p. 40), falando sobre o processo de controle de infecção hospitalar na perspectiva construtivista e constitutiva, apontam a ética como um dos conceitos chave. As autoras consideram que no processo de trabalho em saúde há a emissão de juízo de valor em relação a procedimentos que possam afetar a qualidade de vida humana e estabelecem um laço entre a prudência no agir e a responsabilidade nas escolhas, objetivando sempre o bem-estar do sujeito do cuidado.

Os dados levantados nas entrevistas sugerem a necessidade de um comprometimento da equipe na busca de conhecimento específico, atualização e posicionamento cientificamente embasado sobre controle de infecção e cuidado, em prol do sujeito do cuidado. A prática de enfermagem, por sua vez, precisa estar acompanhada de reflexão e suas intenções precisam ser questionadas constantemente, pois isso desencadeará a busca e a produção de novos conhecimentos, culminando com a atualização do profissional e da categoria. Não é esperado que o enfermeiro detenha todo o conhecimento da enfermagem – ciência e arte –, mas é esperado que no seu exercício profissional diário sua práxis seja alvo de reflexão. Em algumas falas pode-se ver a necessidade de atitudes reflexivas sustentadas por conhecimento científico atualizado, tais como:

Na hora de coletar as secreções. Eles prescrevem a coleta de secreção [traqueal] só quando [o paciente] começa a fazer febre. Às vezes os pacientes já vieram com infecção e a gente não sabe se é comunitária, se é hospitalar, às vezes o laboratório também demora a dar a informação para que possamos isolar o paciente. (E1)

A gente está todo dia com o paciente. Se você vai aspirar o paciente e nota que a secreção está muito purulenta, muito fétida, e não está gostando daquilo, a gente conversa com o médico: “O que o senhor acha de coletar uma secreção traqueal para cultura?” (E11)

A coleta de secreção traqueal é questionada para o estabelecimento de diagnóstico de infecção, por ter alta sensibilidade e baixa especificidade (ANVISA, 2000). Segundo Oliveira *et al.* (2004), o resultado dessa cultura é de difícil interpretação, pois o cateter passa por áreas altamente colonizadas, principalmente por bacilos gram-negativos, o que dificulta associar o resultado da cultura ao achado clínico. Por essa razão, esse tipo de prática tem sido abandonada, embora alguns profissionais, provavelmente por falta de conhecimento, ainda a utilizem, o que pode induzir a erro de diagnóstico.

Da mesma maneira pode ser visto no seguinte depoimento:

Inclusive o médico brigou com a gente porque nós temos duas camas, uma que é ruim e outra que é melhorzinha. A melhorzinha estava sendo limpa e a paciente foi para a ruim. Aí ele disse: “Não, coloca naquela”. Eu não coloquei porque naquela ruim a paciente anterior já tava há quase um mês e era uma paciente contaminada, era uma paciente de isolamento, aí eu pensei: “Meu Deus, essa paciente está em pós-operatório, ela vai passar no máximo dois dias aqui, eu prefiro colocá-la em uma cama pior, mas limpa do que em uma cama melhor, mas que a colocará em risco de adquirir uma infecção”. Sei lá se contamina ou se não contamina, mas assim corre o risco, aí eu falei: “Não!” O médico não aceitou, mas a gente luta por aquilo em que acredita. (E1)

A enfermeira argumentou, mas continuou em dúvida. Nesse caso, desde que a limpeza e a desinfecção tivessem sido realizadas de forma adequada, não havia o que temer. A paciente poderia ser colocada no leito de melhor qualidade. A desinfecção previne uma infecção cruzada pelo uso de um mobiliário. Água e sabão são suficientes para limpeza, mas se associados ao álcool, que faz a desnaturação de proteínas, a desinfecção pode ser atestada. O álcool 70% é recomendado com segurança para desinfecção de nível médio de artigos e superfícies (Brasil, 1994).

Em alguns depoimentos pode-se perceber a prática de rotinas preestabelecidas,

mas nem sempre atualizadas, conforme pode-se perceber no dado a seguir:

Quando um paciente interna a gente isola por 48 horas e só depois disso tiramos do isolamento.. Não, não coletamos cultura na internação. (E3)

No que se refere a isolamento, se um paciente proveniente de outra instituição estiver colonizado por algum microrganismo multirresistente, em 48 horas ele não será descolonizado pura e simplesmente. Uma forma de controle eficiente, dependendo do microrganismo a ser pesquisado, se há preocupação com os multirresistentes emergentes, seria a cultura por meio de *swab* nasal para o *methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), por exemplo. Se o resultado for positivo, em alguns hospitais, o paciente permanece em isolamento até a alta, em outros é feita a descolonização (BOYCE, 2001).

A gente troca o selo d'água do dreno de tórax a cada 12 horas. Mesmo que não tenha drenado nada. A gente avalia, troca e anota. (E6)

Esses dados apontam a falta de atualização por parte dos enfermeiros, pois há algum tempo se aconselha trocar o selo d'água somente quando necessário, afinal concluiu-se que a manipulação e a abertura do sistema podem ser deletérias ao paciente e ao profissional, favorecendo a infecção hospitalar (USP, 2005 e Hospital Pequeno Príncipe, 2004).

A manutenção de um paciente em isolamento despende um custo e, portanto, a indicação necessita ser fundamentada. Pacientes colonizados com microrganismos multirresistentes não são descolonizados em 48 horas. Manter um paciente em isolamento por esse período simplesmente porque veio de outra instituição imporá um custo desnecessário à organização, sem nenhum benefício aos pacientes. De igual forma, trocar selo d'água com frequência, além do risco, envolve custo no uso da paramentação e água estéril.

Se nas situações expostas acima se observa o uso em demasia de algumas precauções para a prevenção de infecções, pode-se observar a falta das mesmas em

outras situações, como no uso da barreira máxima, observado na fala a seguir.

Só campo cirúrgico mesmo. Não usamos máscaras e nem paramentação nas punções de acesso profundo. (E7)

Hodiernamente, a barreira máxima (máscara, campos amplos, aventais e luvas estéreis) tem sido preconizada para as punções de acesso profundo. Essa é uma prática já comum e descrita internacionalmente (CDC, 2002). Carraro *et al.* (2005, p. 12), estabelecendo relação entre cuidado e controle de infecção, afirmam que cuidado não tem um aspecto puramente relacional, mas também o aspecto prático de garantir a qualidade da assistência por meio do controle dos fatores de risco ambientais e procedimentais; assim sendo, o controle de infecção é um cuidado. Uma atitude não reflexiva coloca em risco todo um procedimento por mais técnico e rotineiro que pareça, além de comprometer também o sujeito alvo do cuidado.

Aqui se percebem claramente as dimensões existencial e estética do cuidado. Se não houver um olhar em direção ao outro (dimensão existencialista), de forma empática (dimensão estética), buscando que nenhum dano lhe seja imposto por meios das ações, o cuidado estará comprometido. Waldow (2001, p. 164), descrevendo a dimensão estética, relata que ela “refere-se aos sentidos e valores que fundamentam a ação num contexto inter-relacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, o pensar (conhecer/saber) e o fazer”.

Florence (1859, p. 163), mesmo sem utilizar a terminologia atual, viveu e descreveu essas dimensões. Referindo-se à vocação da enfermeira, com seu raciocínio agudo ela enfatiza que essa profissional não deve fazer coisa alguma sem saber por que está fazendo. O fazer por fazer não denota experiência e, muito menos, competência. Ela registra:

[...] Aquelas que perpetuam as asneiras de suas predecessoras são muitas vezes chamadas de enfermeiras experientes... Estas são pessoas que nenhuma experiência conseguem ensinar; constituem exemplo dos que não podem ver ou compreender os resultados práticos do que eles próprios ou os outros fazem.

Florence salienta que a vocação da enfermeira deve conduzi-la em direção ao sujeito do seu cuidado e que ela deve pautar seu trabalho naquilo que considera ser certo e melhor e não porque “tem que ser feito”. Isso requer segurança. Ela diz que se a enfermeira “não der assistência a seus pacientes para sua própria satisfação, nenhuma preleção vai torná-la capaz de fazê-lo” (Nightingale, 1859, p.163). Ela afirma que a enfermagem “vocacionada” informa-se para sua própria satisfação e pelo paciente, sobre seu estado, suas reações, sua evolução, seus sinais vitais, suas excretas, sua pele, entre outras questões. Para Florence a enfermeira não vocacionada nunca diferencia um paciente do outro, não trata com as individualidades (Nightingale, 1859). O pensamento nightingaleano sustenta a inter-relação citada por Waldow (2001).

5.3.1.3 Controle de Infecção e as Dimensões Existencial e Estética do Cuidado *na operacionalização do conhecimento*

O conhecimento é elemento *sine qua non* para uma boa prática. A produção intelectual existente precisa ser explorada e aplicada, pois a partir disso haverá produção de novos conhecimentos. A questão do conhecimento técnico-científico assumiu proporções frias e duras. Há algumas críticas filosóficas à técnica, mas há que se ter um meio termo. O conhecimento científico é instrumento de trabalho da enfermagem e os profissionais enfermeiros precisam atuar com base no corpo de conhecimento da área, obviamente sem desconsiderar outros saberes. O saber científico não depõe contra a filosofia, contra o humano ou o cuidado, mas agrega valores a eles.

De acordo com Châtelet (1992, p. 63-64), até Descartes a filosofia perguntava: “Que é o ser?” Descartes, por sua vez, passou a perguntar: “Que é o conhecimento?” E a dessa pergunta desenvolve a teoria do *cogito*. O autor cita um trecho do Discurso do Método, de Descartes:

Minhas descobertas na física me fizeram ver que é possível chegar a conhecimentos que sejam muito úteis à vida e que, em vez dessa filosofia especulativa que se ensina nas escolas, se pode encontrar uma outra prática, pela qual, conhecendo a força e as ações do fogo, da água, do ar, dos astros, dos céus e de todos os outros corpos que os cercam, tão distintamente como conhecemos os diversos mistérios de nossos artífices, poderíamos empregá-los

da mesma maneira em todos os usos para os quais são próprios, e assim nos tornar como que senhores e possuidores da natureza. (Sexta Parte, Trad.: “Os Pensadores”).

A fala de Descartes também pode ser relacionada ao controle de infecção e nos remete a Florence (1859), que usou os recursos naturais para aquilo que eram próprios, apoderando-se de conhecimentos comuns e disponíveis e empregando-os na prática. Usou recursos naturais a seu favor e a favor do sujeito do seu cuidado.

Segundo Neves (2002), Nightingale aprofundou-se nos conceitos de saúde e ambiente, contribuiu na definição do papel da enfermeira como uma profissional que se dedica à provisão de um ambiente propício para que a natureza possa agir, fortalecendo o poder vital das pessoas, termo tão utilizado por Florence, porém pouco desenvolvido, o que leva a pensar que para ela isso era claro. “Nightingale foi pioneira em propor e demonstrar os efeitos dos ambientes de cuidado na promoção da saúde das pessoas” (NEVES, 2002, p.79).

No que diz respeito ao cuidado e ao controle de infecção hospitalar, pode-se observar nas entrevistas que o posicionamento dos enfermeiros é dificultado por uma deficiência no domínio dos conceitos. Observe-se a seguir como os enfermeiros entrevistados se colocam frente a essas questões.

Porque se não tens conhecimento não tens como argumentar alguma coisa. É claro que te posicionas quando tens conhecimento. Muitas vezes tu até achas que está errado, mas se não tens como argumentar, tu acabas ficando calada. (E1)

Não. Sinceramente, de infecção, de controle de infecção eu sou bem crua mesmo. A gente faz o que eles prescrevem, mas não tem essa visão de ter o domínio, de questionar: “Por quê?” Quando chega exame a gente, é claro, olha, mas não tem domínio [quanto a antimicrobianos] Me falta argumentação e conhecimento. (E4)

É, alguma coisa dá, só que eu não tenho muito conhecimento, não posso cobrar uma coisa que eu não sei direito. Algumas coisas ainda dá para gente fazer, mas fica mais com o médico mesmo. (E5)

É isso que estou te falando, eu tenho que buscar muito. Eu sinto que é isso. A experiência que elas têm é maior que a minha. Eu vou ensinar o quê? [referindo-se a treinamentos com sua equipe]. Mas a gente conversa. O que é, o que não é. Mas a parte de treinamento mesmo por enquanto não foi realizado. Quando é realizado, é mais pelas enfermeiras A e B, que são mais experientes, fazem curso fora; a parte de treinamento por enquanto é com elas. (E8)

A dificuldade no posicionamento e nas argumentações, em função da deficiência no conhecimento sobre o assunto, ocasiona certa flexibilidade no que diz respeito ao controle de infecção. Em alguns momentos a permissividade no descumprimento de algumas normas fere princípios básicos do controle de infecção e, conseqüentemente, o desvinculam das dimensões do cuidado.

Sendo o foco de trabalho da enfermagem o cuidar, o profissional enfermeiro que atua em uma organização hospitalar necessita dominar o corpo de conhecimentos próprio da área e os procedimentos que impõem risco ao sujeito do seu cuidado. Questões como barreira máxima, técnicas de isolamento, assepsia, entre outros assuntos, relacionam-se ao fazer diário desse profissional que necessita, portanto, refletir sobre tais ações e questioná-las, o que o conduzirá à atualização.

A barreira máxima para inserção de cateter venoso central é algo já amplamente discutido e validado. O *Guideline for the Management of Intravascular Catheter-related Infections* (2001), elaborado por três sociedades norte-americanas (*Infectious Diseases Society of America, Society for Healthcare Epidemiology of America, e Society of Critical Care Medicine*), demonstra o risco para uma infecção de corrente sanguínea por quebra de barreira. No Brasil, a Associação Paulista para o Estudo e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH), lançou em 1999 seu manual de infecção relacionada ao uso de cateteres vasculares, também relatando a técnica. Tal conhecimento já deveria estar incorporado e não flexibilizado sob nenhuma circunstância, salvo as emergenciais.

Outro conhecimento deficiente da prática diária do enfermeiro, que dificulta o seu posicionamento e sobre o qual não deveria haver questionamentos e abertura de exceções, sob o risco de se provocar um surto no setor ou no hospital, além de caracterizar o des-cuidado, relaciona-se a técnicas de isolamento. Esses conceitos não são recentes, passaram por reformulações e, em 1996, o CDC lançou o último guia sobre o assunto. No Brasil, a APECIH também lançou um manual em 1999 com base no CDC, e esse é o padrão que tem sido utilizado no País. Outras produções relacionadas, por exemplo, ao tratamento de feridas, também divulgadas há algum tempo, continuam distantes da prática de enfermagem, ocasionando dificuldades, conforme se pode comprovar nos relatos a seguir:

Avental nem sempre, mas touca e máscara a gente sempre usa. A gente tenta pegar avental estéril, mas não se usa quando não tem, mas quando tem eles usam. (E3)

Eu acho que o que menos está envolvido é o médico. Os outros profissionais ainda têm um cuidado maior, mas tem médico que chega aqui, vai fazer um toque e não lava as mãos, calça a luva, faz o toque, tira luva e vai embora. E não está nem aí. Às vezes eu falo, mas às vezes eu deixo para lá porque não adianta. (E4)

Aqui, quando dá, quando o paciente compara, eu uso o Dersani. Mas geralmente só Povidine. Curativo assim, só soro e Povidine. É o que o hospital fornece. Outra coisa a gente não usa. (E5)

Às vezes eles querem fazer um procedimento aqui no setor e a gente pede para não fazer. A gente tenta conversar, mas nem sempre a gente consegue um entendimento. Às vezes eles querem fazer coisas assim que não dá para fazer aqui no setor. (E5)

Às vezes nós somos bem carentes de EPIs para cuidar. Falta luva, é uma coisa que não deveria faltar, mas falta, avental para a gente se proteger; óculos, temos, recebi dois do almoxarifado, máscara também, mas máscara bico de pato para pacientes com isolamento respiratório nós não recebemos, é super controlado por ser caro, é bem controlado. Estas questões do tipo de precaução, o que eu tenho que me precaver, como é que se faz eu tenho muita dificuldade; eu tenho e acaba que os funcionários também, e às vezes eles exige: “Como é que a gente vai usar avental se a gente não tem avental?” Às vezes a gente tem que fazer cuidado e usa uma camisola que é usado para os pacientes com manga curta, com a manga do jaleco exposto, e luva para mexer no paciente. Às vezes para aspirar uma traqueia. (E6)

O conhecimento sedimentado se reflete na autonomia da enfermagem. Quando os enfermeiros foram questionados sobre isso mostraram não ter um conceito claro sobre autonomia. Nas falas a seguir, autonomia é sinônimo de bom relacionamento, liberdade de abordagem, ou autoritarismo, e não com uma “capacidade de auto governar-se, independência” (Houaiss, 2003), como se vê a seguir:

Estamos conseguindo essa autonomia. Existem médicos que não dão pitaco, tem outros que não, já querem se meter na área da enfermagem, no que diz respeito à enfermagem. Aí a gente fala: “Para aí. É assim, assim e assado”. A gente consegue ter essa autonomia, sim, a gente que isola os pacientes, claro, quando vem uma cultura contaminada o médico entra com antibiótico e mais ou menos avisa, olha tem que cuidar com esse paciente, nós, os enfermeiros, orientamos. Essa semana estávamos com dois isolados, um em cada quarto, aí entrou um terceiro em um terceiro quarto, aí a gente falou: “Vamos juntar todos num quarto só.” (E1)

Temos. A maioria das enfermeiras tem bastante autonomia, a gente tem um bom relacionamento com eles, a gente tem uma liberdade para falar as coisas para ele. Hoje mesmo aconteceu de o Doutor X falou: “Sim, tu resolveste aprazar o Bactrin terça, quarta e quinta?” Ele prescreveu na segunda, terça e quarta, só que no começo quem tinha aprazado fui eu e eu tinha aprazado para terça, quarta e quinta, com outro médico havia prescrito. eu tomei a decisão. Ele disse: “Ah, está bom, não tem problema.” A gente consegue discutir sem problema nenhum. [...] Semana passada eu discuti com um porque quando o bebê está em fototerapia, quer deixar o berço inclinado, e outro falou para eu deixar o berço reto. Eu falei: “Calma aí, primeiro resolvam o que vocês querem. Se vocês quiserem assim, a gente vai deixar assim. Porque não dá, quando tu tiveres aqui, ah, hoje é o Doutor Fulano, vamos inclinar o berço.” A gente tem essa liberdade com eles, de estar discutindo. Ele até falou para mim: “Ah, não fica brava.” Eu falei: “Não estou brava, só que tem que ter uma coisa definida.” (E3)

Tem. Aqui a gente tem sim. Os médicos da cardiologia, a gente fica conhecendo mais, a gente consegue, só que tem outras patologias que internam e a gente não conhece os médicos, tem uns que a gente nunca nem viu, e fica difícil, mas tem uma autonomia, eu até consigo ter uma autonomia bem boa. Não é tudo aquilo, mas é bom. [...] Fica bem a critério do médico mesmo. É claro que se a gente vê que o paciente está há muito tempo com a sonda, a gente pede para tirar, mas geralmente eles que dizem se tira, [se] não tira; a gente não tem o controle. (E5)

Os médicos prescrevem os cuidados, a gente pede e eles prescrevem os cuidados, mudança de decúbito, controle de SSVV, controle de diurese, necessidade de usar um colchão piramidal, ou ver temperatura mais vezes, todo esse tipo de coisa é o médico que prescreve. Infelizmente [...] Não. [Referindo-se a solicitação de exames] Só sob prescrição médica, senão o laboratório não aceita e não faz a análise. Se eu fizer, depois tenho que pedir para o médico prescrever e às vezes ele acha que não precisa, aí tem médico que diz que não vai prescrever; eu só posso fazer mediante prescrição médica. (E6)

Eu, por sorte, tenho essa doutora que trabalha comigo de manhã, ela é um espetáculo, ela está sempre conversando, ela diz: “O que você acha disso? O que vamos fazer?” Aí a gente consegue acompanhar. As culturas, quando não vêm, ela sempre está pedindo: “Liga lá, vamos ver o que deu, vamos acompanhar o que está acontecendo”. E eu tenho essa facilidade. Não sei como é que ficam os outros enfermeiros. (E10)

Para Florence (1859), a meta de todas as atividades de enfermagem deve ser a saúde do cliente/paciente, e aquilo que a enfermagem tem que fazer é colocar o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele. Sendo reconhecido que o PVPI (polivinilperrolidona) é deletério ao tecido de granulação por desidratar a ferida e promover a toxicidade do tecido, retardando a cura por não promover um meio

úmido (GISBERT, 2000), ele deve ser categoricamente rejeitado. Obviamente, naquilo que possuem segurança, os enfermeiros posicionam-se com argumentações pertinentes, como na fala a seguir, mostrando a importância do domínio de conteúdo nos assuntos referentes a sua prática, e o reflexo disso no relacionamento interprofissional e na prestação do cuidado.

Se vejo que o médico prescreveu PVPI para o curativo, eu vou avaliar, se eu não concordo com o que foi prescrito, eu chamo o médico e digo: “Doutor, o Senhor não acha isso muito agressivo para esse curativo? Eu sei que no hospital a gente tem disponível isso, o que o senhor acha de a gente fazer o curativo assim, assim, assado?” “Ah, se tem, tu achas, tá, vamos fazer assim.” Eu tenho conseguido conquistar isso com os médicos. Faço essa discussão, até com os próprios vasculares pois tem muito médico vascular que prescreve PVPI para muita coisa, e eu só uso PVPI em paciente com gangrena, realmente com necrose, com dedo da cor da tua agenda [preta], que vai para amputação, porque o PVPI resseca as terminações nervosas e diminui um pouco a dor. É a única indicação que dou para o PVPI, mas antes eu vou lá e aviso. Se eu vejo uma prescrição eu vou lá olhar a ferida antes de dizer qualquer coisa. (E6)

O conhecimento a respeito do controle de infecção ainda está muito relacionado à lavagem das mãos. O conceito sobre a higiene das mãos, que vai além da lavagem, ainda não está difundido entre os profissionais, apesar de não ser tão recente. A expressão “higiene das mãos” tem sido utilizada, pois o uso do álcool 70% é tão efetivo quanto o lavar as mãos, mesmo na presença de matéria orgânica (Kawagoe, 2004). É inegável que a higiene das mãos é a medida mais simples para o controle das infecções cruzadas, mas não é a única. No entanto, observa-se nas entrevistas um enfoque na lavagem das mãos:

Se começou a vigiar as pessoas na hora da lavagem das mãos. Eu vejo que os meus funcionários têm uma preocupação. Eles vigiam e são bem “dedo-duro”. Tenho um funcionário que quando eu vou apertar uma bomba ele fala: “Tá sem luva?” Aí eu falo: “Fulano, eu só vou mexer aqui e já lavo a mão.” Vejo que há consciência, e se tu tens uma consciência tu acabas trabalhando, se tu não tens, tu não cuidarás. (E1)

Tem que ter cuidado no cuidado. Quando se vai realizar o cuidado você tem que ter o cuidado de estar lavando as mãos, higienizar bastante para evitar a infecção, que a gente sabe que é uma coisa ruim para o paciente. (E2)

Depende muito de cada caso, um paciente externo fica só uma funcionária, ela não cuida dos outros bebês, e mais a lavagem de mãos e coisas assim, não

tem nada mais diferente. A mãe a gente tem o cuidado de orientar o que ela pode fazer, o que ela não pode. Geralmente, como ela não tem contato, a gente orienta mais. Ela pode pegar, pode mexer, mas quando entrar e sair lavar as mãos. (E3)

Ah, na lavagem das mãos, nas técnicas, em tudo. A lavagem das mãos é o exemplo mais claro, eu acho, do cuidado de alguém no controle de infecção. (E4)

Eu acho que cuidado e CI por parte do profissional de enfermagem é uma coisa que tem que ser hábito, é igual piscar, respirar, tu tens que fazer aquilo involuntariamente, tem que ser diferente de ter que pensar: “Ah, eu mexi com ele, eu tenho que lavar a mão.” Tem que ser alguma coisa automática: “Eu mexi com ele, vou lá, lavo a mão rapidinho.” Eu entendo que tem que ser dessa forma. (E6)

Não tocar um paciente sem lavar a mão, esse eu acho que é o principal. O paciente fica lá, está em isolamento, ter cuidado para que você não use a mesma roupa que você vai lá, um objeto de uso individual, tem vários. (E10)

Um cuidado de enfermagem adequado, visando o bem-estar do sujeito, minimiza as conseqüências biopsicossociais decorrentes de um procedimento executado de forma inadequada. O enfermeiro deve ser um profissional apto para cuidar, e o seu objetivo deve ser promover a saúde.

A capacitação técnica inclui auto-avaliação e auto-aprendizagem por meio da utilização dos recursos existentes. Hoje existem instrumentos que apresentam os critérios mínimos de qualidade para prestação de serviços de saúde. Quando se fala em conhecimento, a tendência é relacioná-lo com a técnica, mas o conhecimento técnico para o enfermeiro, só terá valor se for utilizado como instrumento para operacionalização do conhecimento científico. Esse é o diferencial do enfermeiro; ele é reconhecido por meio de seu saber, que lhe dará visibilidade e autonomia, bem como proporcionará mudanças no modo de produzir enfermagem.

O conhecimento deve levar o enfermeiro a olhar seu fazer de forma crítica, a romper com atividades alienantes, que somente revelam conhecimento técnico ou habilidade. Conhecimento científico e humanização permitirão que o enfermeiro exerça sua profissão com competência. O discernimento científico e humano quanto ao cuidado que presta o capacitará a responder questões como: o que faço? Para que faço?

Como faço? Para quem faço? Florence, nesse contexto, revolucionou a enfermagem, trabalhando para uma nova consciência e mudando os conceitos em relação à profissão e seu exercício.

Carraro (1999), descrevendo as contribuições de Florence, afirma que o viver útil e inspirador daquela pioneira resgatou a enfermagem, e sua influência social e política elevou o conceito da profissão, que adquiriu o respeito da sociedade. Contudo, apesar da luta e das buscas de Florence, infelizmente “ainda hoje existem lugares em que a enfermagem não conquistou o respeito profissional” (CARRARO, p. 67).

É preciso, portanto, que o profissional enfermeiro recuse uma atuação subsidiária ao paradigma reducionista biomédico, principalmente no contexto hospitalar, o que somente será possível com conhecimento.

5.3.1.4 Controle de Infecção e as Dimensões Existencial e Estética do Cuidado: *como Técnica*

A prática do cuidado é um processo que envolve ações profissionais entre as quais está o controle de infecção, também um processo que envolve outras ações. A enfermagem é considerada uma ciência e arte. Florence trabalhava com essas duas vertentes, que se fundamentam num corpo de conhecimentos baseado em atitudes pessoais, profissionais, científicas, éticas e políticas do cuidar dos sujeitos.

Como profissional que pratica a ciência e a arte, o enfermeiro planeja, executa e avalia as ações; prescreve cuidados e medicamentos protocolados e aprovados pela instituição de saúde; participa em projetos de construção ou reforma de unidades de saúde; realiza prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; realiza prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados ao sujeito durante a prestação do cuidado, visando à melhoria de saúde do mesmo, entre outras ações. Cuidar é muito mais do que executar técnicas. Cuidar exige abstração, subjetividade, conhecimento e também habilidades técnicas para o exercício dos procedimentos.

Florence Nightingale (1859), no prefácio do seu livro relata:

A cada dia tornam-se mais importantes os conhecimentos sobre a saúde, ou seja, **o conhecimento de enfermagem, isto é, saber o que deve ser feito** a fim de manter o organismo em condições tais que não contraia doenças, ou que possa recuperar-se de qualquer agravo a saúde. Estas noções são

reconhecidas como as que todos devem possuir, distintas dos conhecimentos médicos afeitos apenas aos profissionais da medicina.

É interessante observar que há 150 anos ela já dizia que **conhecimento de enfermagem é igual a saber o que deve ser feito**. Ela não diz que é saber como fazer, dando uma conotação puramente tecnicista, mas **ela diz que é saber o que fazer**. Somente sabe o que fazer e como fazer quem tem uma visão ampliada sobre o ser humano, ou seja, o sujeito do cuidado. Além disso, como a própria Florence refere, sobre “as condições que possam levá-lo a não contrair doenças e a recuperar-se de qualquer agravo”.

Analisando-se as entrevistas percebe-se forte relação entre cuidado e procedimento. Alguns entrevistados, quando questionados sobre o cuidado e como o definiriam, citavam com frequência o procedimento em primeiro plano, não demonstrando terem uma visão mais ampla em relação ao sujeito do cuidado.

Bom, na verdade, para os pacientes de CTI a gente busca manter os cuidados prescritos, que são medicação, verificar sinais vitais, acompanhar a prescrição médica, mas também cuidar da higiene do paciente, do conforto do paciente, fazer exame físico, ver se o paciente tem escara. Acho que cuidar é manter a integridade do corpo do paciente, tanto corpo como mente, a gente conversa, a gente se preocupa com essa parte também. Na minha opinião é isso. (E1)

É muito difícil definir cuidado. Como assim, uma definição de cuidado? Tudo é cuidado. O cuidado está envolvido em tudo que fazemos. Não dá para dissociarmos cuidado de nada. É tudo. Quando faço os procedimentos. Quando eu faço um procedimento, uma punção, enfim, estou fazendo cuidado. (E4)

O que é cuidado para mim? Ah, é cuidado geral com o paciente. Tanto o cuidado em relação ao procedimento, como a parte psicológica também. Bem, os dois têm que ser trabalhados juntos. (E5)

Eu definiria cuidado como conseguir aplicar ao paciente o necessário para dar uma boa assistência, é todo o atendimento. Se eu tiver o cuidado com ele é visando o todo, um procedimento, uma técnica mais específica no cuidado. (E9)

O procedimento e a técnica são definidos por Abagnano (1998) como quaisquer

processos ou operações capazes de produzir um efeito qualquer, o que pode sugerir o entendimento de uma preparação para um ofício, uma tarefa mecânica. No cuidado e no controle de infecção, saber como executar determinado procedimento é importante, sob o risco de trazer graves danos à saúde do sujeito do cuidado, mas não é tudo. O procedimento é a ponta de um iceberg: abaixo dele estão a indicação real, a prescrição da enfermagem, a qualidade e disponibilidade do material necessário, as condições do paciente, o melhor horário, o ambiente, o risco/benefício, o conhecimento anátomo-fisiológico, entre outras questões.

Outras falas, no entanto, demonstram uma tentativa de transpor para além do procedimento, mas surgem dificuldades para explicar com palavras o que é cuidado:

Cuidado é cuidar dos pacientes como um todo. Não só trocar, dar mamadeira. Eu acho que cuidar também é dar carinho, dar atenção. Cuidar como um todo. (E2)

Cuidado... Cuidado... Definindo assim, no geral, é olhar o ser humano no todo, no geral, tu não podes cuidar só de uma coisa, na verdade. Aqui, por exemplo, o bebezinho, a gente faz o cuidado com ele, mas tem que olhar tudo, o ambiente em que ele está, se tem muito barulho, se não tem, se a incubadora está limpa, não é só ele. É ele e o todo. É mais ou menos isso. (E3)

Cuidado... Eu tiro pelo que eu faço aqui. Cuidado teórico que a faculdade não ensina, que é assistir ao paciente como um todo, atender ao paciente em todas as suas necessidades o melhor possível, é mais ou menos o que eu tento fazer. São 35 pacientes na minha clínica, eu sou uma enfermeira de 9 horas diárias, na verdade eu fico treze horas aqui no setor porque à noite eu também dou aula para o técnico de enfermagem aqui no setor, eu fico praticamente direto com o paciente, eu dou atenção ao paciente como um todo. É prestar assistência a ele na necessidade que for, seja física, seja psicológica, terapêutica mesmo, em termos de medicação, avaliação do que ele está precisando, é o que eu tento fazer. (E6)

Eu acho assim. Cuidado, eu vou prestar um cuidado de enfermagem, acho que é estar promovendo para aquela pessoa, se ela está com dor tu estarás promovendo uma qualidade para ela, uma melhoria do estado, é um cuidado de enfermagem, que às vezes é onde há muita falha. Estar promovendo o melhor para o paciente na situação. Chegam pacientes graves, com dores, tu estás promovendo aquele cuidado e mudanças de decúbito. Para mim o cuidado é isso. (E7)

Tentar trazer bem-estar para o paciente, independente da técnica, do procedimento, de uma palavra. (E8)

Olha, eu acho que o cuidado começa a partir do momento que você entra na UTI, não é só com o paciente, é cuidado com a medicação, é o atendimento com os seus funcionários, tudo isso também é cuidado, não é só voltado ao paciente. O paciente está ali, ele tem que ser cuidado, mas isso envolve várias outras coisas. Eu não tenho nenhuma definição muito certa de cuidado – é

uma coisa ampla. (E10)

Quando nós pensamos em cuidado, a gente acha que é apenas medicação, uma mudança de decúbito, um banho de leito, mas eu vejo um cuidado que seja mais abrangente, uma orientação, uma conversa, pegar na mão do paciente, tocar no paciente, dar atenção, alimentação. Eu acho o cuidado muito abrangente, mais do que aquilo que a gente pensa que é. Eu acho que vai além. (E11)

Assim como o cuidado, entrevistados relacionam controle de infecção a procedimento. É possível observar essa questão nas falas a seguir, quando os enfermeiros são questionados sobre o que é controle de infecção e quais os mecanismos de controle empregados por eles:

Na cardiologia a gente tinha mais o controle mesmo de antibióticos e eram poucos os procedimentos invasivos, os intracathis eram feitos no CC. Não tinha muitos procedimentos, e eu não tinha muita experiência com a parte da infecção hospitalar. Já na UTI é bem diferente. O que eu entendo de controle se baseia nos antibióticos, nas culturas de traqueo para ver o que está crescendo e cuidado com os procedimentos invasivos dos pacientes, até no próprio cuidado direto, banho, tudo, que é para não contaminar o paciente. Provavelmente deve haver outras formas, mas o meu conhecimento é esse. (E1)

Lavagem das mãos. Tocou num bebê, lava as mãos para passar para outro, porque é bem freqüente ver uma funcionária mexer num bebê, o outro está chorando, já vai para o outro, a gente tem que ficar bastante em cima delas. Vai lá, ou passa um álcool ou lava a mão. (E2)

Acho que com a lavagem da mão que a gente cuida mais. Porque o resto, a técnica, é conforme a técnica mesmo Todo mundo segue, mas cuidado mais é a lavagem da mão. Uma época a gente passava muito cateter umbilical e agora eles estão tentando diminuir por causa da infecção também. (E3)

Bom, quando a gente fala em CI a gente tem que pensar sempre no paciente e na gente também, que é a proteção das duas coisas [...] tanto para não ser lesado, [não] lesar o paciente e lesar o outro. (E5)

Eu acho que sim. Como aqui não é um setor que tem sondagem vesical constantemente, tem uma a cada mês, eu tenho mais [dificuldade] na agilidade. Mas só assim mesmo. E até teoria também eu acho que falta bastante. (E8)

Controlde de infecção? Bom, a gente faz os procedimentos usando a técnica, observa a validade dos materiais, a gente observa como que está a pele do paciente, e nós às vezes solicitamos culturas para termos controle de como anda a infecção, ou se o paciente apresenta uma hipertemia é feita uma cultura de urina, de secreção. (E9)

Principalmente a lavagem das mãos, esse é o básico. É o que se fala muito, atende a um paciente com luvas e descarta as luvas, lava a mão antes e após a luva. Paciente em isolamento, entra com jaleco de manga comprida, permanece com aquele paciente, materiais de uso individual, tudo fica com o paciente. É o cuidado básico mesmo. (E10)

Não há aqui intenção alguma em desvalorizar as habilidades técnicas para realização de procedimentos ou menosprezar aqueles que os fazem com tanta destreza e competência. O objetivo é questionar a fundamentação científica do que se faz. Tanto no cuidado como no controle de infecção, a forma é de suma importância, mas há que se questionar se não estamos ficando somente com a forma, que é produto final, sem nos preocuparmos com o processo, com os meios adotados para a operacionalização de determinado procedimento, determinada técnica. Esses meios devem ser “regados” pela humanização e pela ciência. O controle de infecção, embutido no cuidado, envoltos pela humanização e pela ciência, atingirão o que Florence já sugeria em 1859 (p. 51): “A verdadeira enfermagem ignora a infecção, exceto para preveni-la. A assistência criteriosa e humana ao doente é a melhor salvaguarda contra infecção”.

Para encerrar os comentários sobre essa categoria e reforçar a necessidade de um saber sobre o ser humano, sujeito do cuidado, exposto a infecções e outras avarias, é importante citar mais uma vez Florence Nightingale. Em 1861, ela reeditou seu livro *Notes on Nursing* e acrescentou três outros capítulos, entre eles um denominado *O que significa ser enfermeira*. Nesse capítulo, ela instrui a enfermagem quanto ao exercício profissional, descrevendo o a-bê-cê da profissão:

O “a” de uma enfermeira deve ser o conhecimento do que significa um ser humano doente. O “b” é saber como comportar-se com uma pessoa doente. O “c” é saber que seu paciente é um ser humano enfermo, não um animal... A enfermeira que possui tal vocação observa o estado das secreções tendo sido prescrito ou não... Observa o estado da pele... Observa cada enrubecimento ou inflamação... Qualquer perda de tecido não passa despercebido, não confunde intumescimento ou edema com melhora do tecido muscular. Reconhece o arrepio que denuncia que a evacuação está em curso, que denuncia o desejo de urinar de um paciente inconsciente. (p. 161-2)

Tudo o que Florence escreveu vai para além da técnica. Realmente ela estava além do seu tempo. Mesmo sem dar nomes, ela já formulava conceitos. Provavelmente pela experiência com paciente cujas lesões eram graves, em função da guerra, provavelmente por cuidar de pacientes com lesões medulares e cerebrais, ela já observava os distúrbios autonômicos, como a piloereção, hoje chamada de disreflexia. Segundo Sabaneeff, (1999), a profilaxia para a disreflexia é obtida com prevenção da distensão vesical e intestinal.

Pode-se afirmar que Florence Nightingale foi a primeira grande teorista da enfermagem e escreveu os primeiros conceitos para a profissão. Na teoria, ela traçou diretrizes para a pesquisa, e no cuidado, enfatizou o uso da observação. Sabe-se que Florence não definiu o cuidado e suas dimensões; ela estabeleceu conceitos de saúde e de ambiente e seus efeitos sobre o indivíduo. Ela deflagrou o que hoje é chamado de enfermagem moderna. Quando assumiu o cuidado dos soldados na Criméia, Florence explorava o ambiente, pois sabia da influência deste na restauração da saúde daqueles homens. Em seu livro *Notes on Nursing*, ela associou cuidado de enfermagem a uso adequado do ar, do calor, da iluminação, do silêncio, da higiene da alimentação (NIGHTINGALE, 1859).

Florence abordava o cuidado e suas dimensões existenciais e estéticas mesmo sem defini-lo. Quando ela ensina sobre os sentidos e sobre o sentir, ela aponta para o cuidado, projeta-se em direção ao outro e vivencia suas necessidades. Indo para além da necessidade de ar puro, Florence dizia que o ambiente deveria ser agradável, livre de ruídos, e que mesmo os cheiros das roupas deveriam ser suavizados, a limpeza necessitava ser adequada e as roupas cheirosas e os utensílios deviam ser de boa aparência favorecendo o acolhimento. Quanto à alimentação, ela apontava para a apresentação, para a temperatura, para o cheiro e para a forma de oferecê-la ao paciente (NIGHTINGALE, 1859).

A dimensão existencial e estética do cuidar em Florence relacionava-se também com o controle de infecção. Quando ela abordou todas essas questões, demonstrou preocupar-se em salvaguardar a segurança do sujeito do seu cuidado e preparar o organismo deste para reagir à doença. Em uma linguagem muito simples, esse é o objetivo de se controlar infecção.

Quando o sujeito percebe o que o cerca, e essa percepção o leva a reconhecer sua natureza humana, seu direito de vida, e restabelece o prazer de viver, entre outras questões, por meio de sabores, cores e sons, isso é estético e existencial, e o cuidado é sentido. Quando a ação devolve ao indivíduo a noção de que ele é sujeito e cidadão, lhe sugere novas formas de viver, lhe ensina a construir novas possibilidades e lhe mostra outras imagens sobre si e sobre o mundo, isso é cuidado. Florence, mesmo sem definir cuidado, exteriorizava-o. Em vários aspectos é preciso retornar aos postulados dela.

5.3.2 O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado

A educação, no sentido de busca de conhecimento, aplica-se a todas as áreas da vida; no contexto da saúde, contudo, auxilia na avaliação das outras dimensões do cuidado. Ela permite que, por meio da memória, de sentimentos experimentados, hábitos conhecidos e conhecimentos adquiridos, o presente seja remodelado e melhorado, o que certamente diminuirá a ansiedade sobre eventos futuros.

Em qualquer área a superficialidade é angustiante, pois não dá segurança. A formação sedimentada e a consciência da necessidade de educação nos arrancam do condicionamento e da rotina, e nos remetem a um mundo de conhecimento a ser desbravado e ensinado. A segurança do saber, profissionalmente falando, permite ao enfermeiro governar-se e compartilhar o como governar-se com o sujeito do seu cuidado.

Pouco existe na literatura de enfermagem sobre o cuidado na educação. Waldow (2001) ressalta haver uma questão emergente que é saber se é possível ensinar comportamento de cuidado. A experiência do cuidado requer exercício dos profissionais e exemplos de pessoas que sirvam de modelo e estímulo aos mais jovens. As novas tendências de educação em enfermagem apontam para modelos mais humanistas e críticos. “O processo de mudança, além de ser para algumas pessoas ameaçador, pode ser indesejado e certamente não se dá do dia para a noite” (WALDOW, 2001, p. 180-181).

Nesta categoria serão abordados aspectos da educação na enfermagem e, mais

especificamente para o grupo de enfermeiros entrevistados, os quais formaram as seguintes subcategorias:

- O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado na Graduação;
- O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado na educação em saúde;
- O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado na educação em serviço;
- O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado no autodesenvolvimento.

5.3.2.1 O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado na Graduação

A formação dos jovens profissionais que passam por uma universidade é de responsabilidade dessa escola. No Brasil, o ensino na graduação em enfermagem é generalista e precisa focar questões práticas do dia-a-dia desse futuro profissional. Não há expectativa de que uma escola ensine tudo; embora a escola permita vislumbrar o que poderá ser a profissão, a vivência, a experiência real, o aluno terá somente na vida profissional. A escola, no entanto, deve ensinar os princípios básicos da profissão e incentivar a deflagração de uma mente curiosa acerca da profissão escolhida, do perfil esperado para o exercício dessa profissão e do contexto em que o profissional está inserido.

No que diz respeito ao controle de infecção, faltam abordagens sobre o tema que dêem subsídios ao futuro profissional. Segundo Tipple *et al.* (2003), ainda não se chegou a alguma conclusão quanto à forma como pode ser feito, se em disciplina específica, se diluída no transcorrer do curso e de forma interdisciplinar ou não. Sabe-se de experiências vivenciadas em algumas instituições e da necessidade de que algo seja feito.

Pode-se dizer que assim como o controle de infecção, outros conteúdos precisam ser mais intensamente trabalhados na graduação, sem entrar em uma disputa de juízo de valor. Pondera-se, no entanto, se o controle de infecção deve ser considerado uma especialidade ou um eixo transversal no currículo. Se for considerado

um princípio a ser aplicado onde quer que esse aluno vá, esse aluno precisa ter domínio sobre ele.

Nas entrevistas, essas questões ficaram evidenciadas quando os enfermeiros, com exceção de um, afirmaram ter um ensino deficiente nessa área. Algumas falas estão demonstradas a seguir:

Muito pouco. Eu não fui uma das piores alunas, mas eu lembro muito pouco de ter tido alguma coisa de IH. Eu vim para cá nua e crua. (E1)

Não. Vi alguma coisa em epidêmio, alguma coisa assim, mais nada. Bem superficial. (E2)

Não. Sobre controle de infecção especificamente, não. A gente teve alguma coisa em... Agora eu não me lembro em que matéria que era que a gente viu alguma coisa de infecção, mas era alguma coisa bem por cima. O que eu aprendi foi muito aqui na prática, vou ser bem sincera, não em termos universitários. (E3)

Na especialização com certeza eu não tive, mas na graduação eu não lembro. A gente tinha uma orientação aqui, outra ali, mas aula mesmo, ou uma disciplina, eu não tive não. (E4)

Não, só aquela coisa básica mesmo de lavar a mão. Aquela coisa muito básica. Eu não aprendi nada mais. Só o que eu já sabia de quando era técnica. Fica aquela coisa assim bem a desejar, e a gente acaba não aprendendo. (E5)

Não. Durante a faculdade eu tive alguma coisa sobre IH, mas muito pouco, só por cima. Não sei como é o currículo das outras escolas, mas na “escola X” eu conheci o CIH do hospital onde a gente fez estágio, que a gente acaba tendo que visitar, mas sobre a CCIH em si, muito pouco, muito pouco mesmo. (E6)

Não, não; vim bem crua saída da faculdade, eu não tinha técnico nem auxiliar, por isso senti muita dificuldade de estar dentro de um hospital. A faculdade dá muito a parte teórica e a parte prática eles te jogam aqui dentro e “te vira”. Eu tenho bastante dificuldade. (E7)

A gente teve o básico. Na grade curricular, controle de infecção em central de materiais. Mas não tive uma matéria sobre infecção. Não foi nada mais complexo. Tanto que se tivesse um cursinho eu iria fazer. (E9)

No curso que eu estou fazendo [especialização em UTI], a gente até exigiu que tivesse umas matérias assim, por causa até da dificuldade que tínhamos no hospital, e eles trouxeram várias coisas diferentes, até de antibióticos, que nós estávamos com dúvidas, etc. Mas na universidade eu não lembro, talvez na época não fosse o foco de atenção. (E10)

No dia-a-dia de estágio, de teoria mesmo, fica meio oculto. (E11)

O único enfermeiro que afirmou ter tido fundamentação na graduação em relação ao controle de infecção se contradisse quando demonstrou conhecimentos errôneos em relação a alguns conceitos e desatualização. Quando questionado quanto ao conteúdo de controle de infecção, respondeu:

Tive. Não só... Mas foi falado bastante. Bastante abordado. Desde microbiologia. (E8)

No entanto, demonstrou pouco conhecimento em relação a conceitos básicos, como infecção e colonização:

Isolamento é assim: paciente que vem de fora fica 24 horas no isolamento. Se estiver em uso de antibiótico, vem para outra sala, senão continua em isolamento. (E8)

Quando questionada sobre a instituição desse isolamento, sobre culturas coletadas, respondeu:

Aí depende do médico. Normalmente são coletados exames, hemocultura, e é avaliado para ver se entra com ATB ou não. Dependendo da patologia, também. (E8)

Sabe-se que, para alguns microrganismos, a conduta adequada é isolamento do paciente até a alta. Se há suspeita de que um paciente esteja colonizado, deve-se estabelecer isolamento até a chegada do resultado de exames e não somente por 24 ou 48 horas. Considere-se que alguns resultados levam dias a serem liberados.

Esses depoimentos falam por si, mas é necessário deixar claro que essa não é a realidade de uma única escola. O controle de infecção não está introjetado em muitos profissionais e teme-se que isso se dê por deficiência no ensino. Essa preocupação pode ser observada no estudo de Tipple *et al.* (2003) que, em conjunto com estudiosas do controle de infecção, demonstraram que o mundo tem essa dificuldade. Elas relatam:

A graduação é o momento da formação, propício, portanto, ao ensino do controle de infecção para os alunos da área da saúde. Conceitualmente, formação significa o ato, efeito ou modo de formar; maneira pela qual se constitui uma mentalidade, um caráter ou um conhecimento profissional. Nesse sentido, as práticas atuais de controle de infecção são o reflexo também da formação dos respectivos profissionais. E esse não parece ser um problema apenas no Brasil. Se retomarmos o conceito de formação e a necessária indissociabilidade entre o controle de infecção e as práticas em saúde, inevitavelmente, concluiremos que a indissociabilidade pretendida precisa ser construída.

Diante dessas questões, é importante ressaltar que a formação acadêmica refletirá positiva ou negativamente na atuação do enfermeiro. Essa não é uma preocupação recente, pois Florence já a expressava quando instituiu a educação formal por meio das escolas de enfermagem. Amália Correia de Carvalho (1989), tradutora do livro *Notes on Nursing*, escreveu no prefácio que aquele livro fora publicado seis meses antes da abertura da escola idealizada por Florence, e que foi usado como livro texto pelas alunas. Ela enfatizava a abordagem educativa de Florence, relatando a epidemiologia das doenças e das infecções, ainda que numa visão pré-pasteuriana, a insistência com que Florence falava da importância da observação e da tomada conscienciosa de decisões, da previsão de cuidados permanentes, enfim, o enorme respeito que Florence demonstrava à pessoa do doente em todas as situações.

5.3.2.2 O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado na Educação em Saúde

A educação em saúde é assunto discutido há algum tempo. A saúde é entendida atualmente como a vida em sua complexidade, como a harmonia entre todos os aspectos da vida, sejam eles biológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais.

A educação em saúde absorve o binômio saúde–doença, mas vai para além disso. Ela deve, entre outras coisas, contribuir para a melhoria da qualidade de vida do sujeito do cuidado a partir da integralidade dos aspectos da vida relativos ao processo saúde-doença. A definição de educação em saúde que mais se aproxima do contexto deste trabalho é o de L'Abbate (1994), que a descreve como um “campo de práticas que se dão ao nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais

de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades”. A autora levanta princípios que regem essa educação e que relacionam o conhecimento teórico dos profissionais às situações nas quais se vêem envolvidos. Esses princípios são:

1. Para ser educador no desenvolvimento de atividades do cotidiano não é preciso tornar-se especialista em teorias da educação, em teorias pedagógicas, ou em teoria da comunicação, mas é preciso entender algo sobre: primeiro, a existência de relações fundamentais entre educação e sociedade...; segundo, alguns pressupostos a respeito do processo ensino-aprendizagem, considerando que grande parte do trabalho do profissional de saúde envolve transmissão de conhecimentos e orientações; terceiro, uma visão geral de como a educação em saúde tem sido desenvolvida enquanto concepção e prática nas instituições de saúde brasileiras; quarto, a análise crítica do tipo de mensagens relacionadas à educação em saúde..., podendo mesmo planejar material próprio.
2. Os profissionais\alunos devem sentir-se o tempo todo sujeitos do processo educativo e, da mesma maneira, aprender a considerar sujeitos o usuário e os outros profissionais. Como sujeito, entende-se uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal\profissional\social diante dos desafios colocados a cada momento.
3. Muito mais importante do que aprender técnicas é adquirir a postura de educador ou, explicitando melhor, estas só devem ser buscadas como recurso auxiliar ao processo educativo, porque o principal “instrumento” da relação educativa é o próprio educador.

Para que a educação em saúde ocorra nesta perspectiva é necessário um investimento na formação dos profissionais desde a graduação, como apontado anteriormente, e tanto isso tem sido uma necessidade sentida que os órgãos governamentais, muito recentemente, lançaram a Portaria Interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005 (Diário Oficial, 2005), que instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação de Medicina, Enfermagem e Odontologia.

Segundo os Ministérios da Educação e Saúde, o Pró-Saúde tem os seguintes objetivos:

- reorientar o processo de formação em Medicina, Enfermagem e Odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas

de medicina, enfermagem e odontologia, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e a integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;

- incorporar, no processo de formação da Medicina, Enfermagem e Odontologia, abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; e
- ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde (DIÁRIO OFICIAL, 2005)

Entende-se que o enfermeiro brasileiro depara-se, no contexto de mundo globalizado, com a necessidade imperativa de formação e atualização relacionadas à enfermagem assistencial, o que atualmente, em muitas instituições de saúde, é impossibilitado inclusive pelo dimensionamento deficitário de pessoal.

Segundo o Instituto Educacional São Paulo (Intesp, 2005), o Brasil conta com apenas 102.213 enfermeiros para uma população estimada de 185.364.123 milhões de habitantes (IBGE, 2006), ou seja, **há um enfermeiro para cada 1.813 habitantes**. Diante dessa desproporção, precisa-se criar condições para otimizar a força de trabalho do enfermeiro para atuação em saúde. Segundo o Intesp, apesar da expressividade, há três vezes menos Enfermeiros do que médicos no Brasil. Em nações desenvolvidas, o contingente de enfermeiros é, em média, cinco vezes maior que o de médicos.

Essa desproporção de número de pacientes por enfermeiros muitas vezes dificulta a educação em saúde, e no âmbito hospitalar isso não é diferente. A internação de um indivíduo parece ser um apêndice em sua vida e aparenta não ter uma função definida. Uma disfunção biológica foi extirpada e o paciente retorna à sua vida, na maioria das vezes sem saber o que ocasionou o problema ou como prevenir-se.

Quando os enfermeiros foram questionados sobre sua prática de orientação aos pacientes visando à educação em saúde, as entrevistas evidenciaram que um momento que poderia ser rico de ensino e aprendizado algumas vezes tem sido desprezado:

Eu não vou te dizer 100%, 100% a gente não faz não, a gente não consegue, mas [com] alguns pacientes. Eu posso até te citar o exemplo de uma paciente. (E1)

Não. [Quando perguntada se aproveitava as visitas para captação de leite materno para orientar as mães]. (E2)

As mães que estão bastante tempo aqui a gente consegue conversar elas. As que ficam pouco tempo não, é mais na hora da alta, a gente faz todas as orientações assim de início, mas as que ficam bastante tempo... (E3)

Bom, nós deveríamos ter mais, mas nem sempre dá. (E4)

Os funcionários também fazem educação em saúde, às vezes eles reúnem as mães rapidinho e orientam. Às vezes é complicado porque elas [as mães] estão sonolentas ou com dor. (E4)

Às vezes a gente fala, dá uma orientaçãozinha, tudo muito por cima, mas dar uma orientação para o paciente com calma a gente não tem muito tempo. (E5)

Não, não costumamos fazer. Eu converso com muitos pacientes, eu falo demais até, acabo conversando com todo mundo, a gente acaba fazendo algumas orientações, mas de forma bem informal, não que tenha uma rotina para isso aqui no hospital. (E10)

Geralmente eu não trabalho muito isso. Mas assim, o paciente enfartado, dou orientações: “O senhor fuma? O senhor vai ter que procurar deixar, por causa da nicotina, trombos, fazer caminhadas, orientação médica, dieta”. Essas orientações assim que eu falo. (E11)

É evidente a preocupação de alguns enfermeiros em relação à orientação. Mesmo quando não conseguem educar para a saúde de forma integral, vêem a necessidade de fazer o que está a seu alcance e encaminham o paciente a outros serviços. Percebem-se dificuldades na educação em saúde, mas consciência da necessidade dela. É o que se pode extrair das falas a seguir:

Algumas vezes na alta eu consigo, na alta dá para fazer, mas uma orientação aqui dentro enquanto internado é difícil. Mas orientação para alta é bem legal. Mas não aquela orientação rápida, não uma orientação embromada. Aqui o que eu fiz com outro paciente, eu fiz uma cartinha e mandei entregar no posto. Se a gente pudesse fazer mais seria melhor, mas não tem como. Se eu faço uma coisa, eu deixo outra e aqui eles cobram muito o papel. A gente é cobrada muito pelo prontuário e a conta do paciente. (E5)

Olha preventivo, tipo uma educação em saúde para os pacientes, tipo evita isso, evita aquilo, eu não consigo fazer, porque são poucos os pacientes que eu consigo dar o encaminhamento. Aqueles mais críticos que vão para casa, que provavelmente vão precisar de cuidados em casa, eu faço o encaminhamento para o posto de saúde mais próximo da casa dele para levar para a enfermeira de lá para fazer a avaliação em casa, aí a família vai mais segura para casa, leva para o posto, a enfermeira já sabe da história do paciente, sabe com que a gente estava tratando, fazendo aqui, e o que a gente gostaria que a enfermagem desse assistência em casa. (E6)

Além da dificuldade em educar para a saúde, há uma associação dessa educação com procedimentos, como se educar para a saúde fosse orientar sobre cuidados relativos às técnicas, embora a educação em saúde vá para além da técnica.

O contexto das entrevistas era o cuidado e o controle de infecção e toda abordagem era direcionada a esses temas. Apesar disso, essas temáticas não foram por eles referidas nas respostas. Quando indagados quanto a terem um momento de educação em saúde com seus pacientes, muitos enfermeiros responderam que sim, mas quando questionadas sobre o tipo de educação feita, e que tipo de orientação era dada, a resposta sempre vinha associada a procedimento e terapêutica. Algumas dessas questões podem ser percebidas nas respostas:

Não, só quando elas chegam. Orientamos a vestirem a roupa, o avental, propé, mandamos lavarem as mãos, a gente as acompanha até o bebê, dá aquelas orientações do bebê, tipo orientar se está com gripe, colocar a máscara. Esses dias veio mãe com piolho, tem que colocar a toca. A gente orienta quanto aos cuidados com o bebê, em relação à infecção. (E2)

Assim a gente começa geralmente pela amamentação, mas consegue conversar bastante com elas. Elas mesmo tiram dúvidas, porque o bebezinho bem prematuro fica uns dois meses, tem bebê aqui dentro que tem três meses já, e as mães vêm todos os dias, então a gente consegue conversar com elas bastante. Até no dia-a-dia vai acontecendo, na verdade. (E3)

Amamentação, vacina, teste do pezinho e cuidados com o bebe, do coto umbilical, o banho, se elas ficam aqui ensinamos também a dar banho no bebê, a trocar fralda, e elas fazem aqui mesmo, elas fazem o cuidado no bebezinho delas. Vai muito da vontade delas também. As que querem fazer, elas fazem aqui. Tem umas que não querem, aí a gente tenta, vai tentando todo o dia. (E3)

Quando dá, nós reunimos as mães em um quarto e damos algumas orientações. Em relação à mama, à estimulação, ao posicionamento da criança, enfim. (E4)

Porque às vezes eles não sabem nem como tomar o comprimido, a gente orienta. (E5)

A gente diz para as gurias: recebeu o paciente, pergunta para o médico o que o paciente tem, vê a medicação que ele está tomando, horário, para poder explicar, porque se vocês falarem uma palavra errada, pronto, é um motivo para dizer que a enfermagem não presta. (E7)

Mais orientação de rotina. Serviço médico, exame do pezinho, vacina principalmente, cuidados com o RN em geral. Os bebês que estão aqui sempre a mãe passa, sempre a gente orienta amamentação, tudo. Já é orientado durante a internação e depois [na alta] mais a parte de vacina, de consulta. (E8)

Ethel Parsons (Sauthier e Barreira, 1999), enfermeira americana da escola nightingaleana, quando chega ao Brasil, traz consigo a história da enfermagem, resgatando os princípios de Florence Nightingale, desde o exercício da profissão sem dignidade, até a concepção de enfermagem moderna, como ciência e arte. Segundo ela, a enfermagem consistia em cuidar dos doentes, proteger os sãos e ensinar a todos os princípios de higiene individual. Percebe-se aqui os postulados de Florence sobre cuidado, prevenção das infecções, contágio e higiene atingindo gerações. Segundo Parsons, a enfermeira moderna deveria ir além da obra social, da caridade e do serviço. Ela afirma:

Os médicos aprenderam que as doenças não são causadas pela vingança divina, mas por micróbios específicos, e assim a medicina preventiva tomou lugar de muita preeminência. [...] proveio a idéia de beneficiar toda a família humana com princípios básicos da prevenção das doenças, atacando o próprio mal em sua própria fonte – a cabeceira dos doentes. [...] E assim nos tornamos as únicas intérpretes colocadas entre os homens de ciência e os milhões de necessitados de saúde que aqueles pretendem servir. (SAUTHIER E BARREIRA, 1999).

Florence já dizia que “o mal deveria ser combatido por meio da prevenção à cabeceira dos doentes”. Cada momento deveria ser aproveitado para educar para a saúde. Parsons tinha uma concepção de saúde pública com enfermeiras visitadoras, mas o hospital está inserido na saúde pública. Verificam-se algumas dificuldades em transpor essa idéia. Em muitos locais ainda se percebe que a prevenção fica relegada ao serviço básico de saúde, aos postos de saúde, às vezes chamados de “postinhos” e que os hospitais, por serem intervencionistas, não se inserem nesses programas. A educação em saúde, entretanto, deve ser feita em todos os momentos e por todos os profissionais de enfermagem, sem excluir hospitais.

5.3.2.3 O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado na educação em serviço

A educação no ambiente de trabalho tem assumido algumas designações que tentam conceituar o processo educativo no cotidiano do trabalho. Ricardo Burg

Ceccim (2005, p. 161), sanitarista, mestre em educação, doutor em saúde coletiva e diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, referindo-se à designação do Ministério da Saúde de Educação Permanente, relata:

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

A evolução rápida das tecnologias tem levado os profissionais de enfermagem a buscarem aperfeiçoamento e novos conhecimentos para atenderem às necessidades dos clientes, agora mais informados, e às exigências do mercado de trabalho.

Cursos de especialização têm sido criados com a mesma velocidade, porém alguns com qualidade questionável e dificuldades de oferecer formação sólida e visão sistêmica na abordagem de problemas complexos que acometem ao sujeito do cuidado e as instituições. A necessidade da busca por empregabilidade e atualização tem levado o enfermeiro a inscrever-se em alguns desses cursos. Ele, entretanto, precisa obviamente estar bem formado e informado para sintonizar-se com a prática e a modernidade, gerenciando a informação e a tecnologia correlata para contribuir com a socialização do conhecimento (educação em serviço), voltado para a promoção da saúde (educação em saúde).

Espera-se que a qualificação dos enfermeiros reflita na equipe e leve à adoção de processos modernos de produção de cuidado, com benefícios na produtividade e na qualidade desse cuidado. Diante dessas designações, nesta dissertação optou-se pela expressão “educação em serviço”.

Somente a atualização constante do enfermeiro o capacitará para o uso de novas tecnologias de prestação do cuidado de enfermagem e para a socialização desse conhecimento. A equipe sob a liderança de um enfermeiro precisa promover a saúde e

o bem-estar como meios para a existência, dando conta da complexidade vivida pelo sujeito do seu cuidado e atendendo suas necessidades.

A natureza do trabalho do enfermeiro é avaliar, evoluir, implementar e gerenciar o cuidado prestado, isso tudo com base na integração e interação da equipe e no treinamento da mesma, já que a equipe representa os *dedos do enfermeiro*. Onde ele não pode estar, está a equipe, que por isso precisa ser bem preparada.

Nas entrevistas, percebe-se que a educação em serviço existe, embora com deficiências e sem constância. Por meio dos relatos dos enfermeiros, vêem-se equipes com dificuldades em relação ao controle de infecção e ao posicionamento frente ao mesmo, o que denota falha na educação em serviço, haja vista que os princípios do controle de infecção devem estar presentes no dia-a-dia da enfermagem.

A fala a seguir revela um momento em que o profissional enfermeiro ensina a um membro da equipe sobre relacionamento interpessoal e autonomia, estimulando-o a permanecer firme em sua posição.

Hoje foi até engraçado. Nós temos esse isolamento, o médico entrou e o funcionário disse para ele: “Ó Doutor, é isolamento, cuidado”. Ele foi lá, mexeu e manipulou; ele queria olhar um curativo que o paciente tinha, e foi no outro paciente. O funcionário disse: “Enfermeira, eu falei para ele que era isolamento, e ele mexeu em outro paciente”. Eu falei: “Pois é, a gente fez a nossa parte de falar, o que mais queres que eu faça?” Tem um placa de todo o tamanho dizendo: “Caros colegas, a cada exame físico lavem as mãos”. Em cada quarto tem uma piazinha. Esse nós vimos, e os que não vemos? A gente tem orientado: “Doutor, esse paciente está em isolamento!” Mas se ele não quer lavar a mão, o que fazer? Vai jogar água nele? Não vai! A gente tem que continuar o nosso trabalho de orientação, de informar, de ficar atento, mas todo mundo tem que ter consciência. (E1)

Percebe-se aqui o que foi abordado anteriormente: a ética validada por atitudes individuais, ou seja, cada um age conforme a sua consciência. E o sujeito do cuidado, que em algumas situações depende de ações de profissionais com “consciências” diferentes, como fica? Esse é o momento de ensino: se alguma coisa sabidamente colocará em risco o sujeito do cuidado, essa discussão necessita ser aprofundada e não estar baseada na forma de pensar ou na consciência deste ou daquele profissional.

As falas a seguir deixam transparecer uma preocupação em relação à educação

em serviço. Observa-se, no entanto, a falta de planejamento e sistematização dessa ação:

Quando o funcionário é novo eu procuro sempre pegar para mim. Eu procuro não deixar outro funcionário treinar os mais novos para eles não aprenderem com vícios. Nem sempre dá. Às vezes eu tenho que deixar que um outro funcionário treine os mais novos. (E4)

Na hora que eles entram fazemos acompanhamento. Até aqui não teve muita rotatividade de funcionário, quando entrou, entrou quase todo mundo junto e estão os mesmos ainda. E quando eu vejo que ele está meio perdido, ou que alguma coisa não foi feita, eu vou e dou uma olhadinha, oriento. As evoluções também, que estão deixando muito a desejar. Mas também não é sempre. Mas mesmo quando tu percebes aquele um, ou o outro. (E5)

Sempre que possível eu faço o curativo, pego um para me auxiliar e digo: “Ó, quero que faça esse curativo assim”. (E6)

Eu sempre falo, coloco nas atas das reuniões: “Gente, vamos nos dedicar, isso é função da equipe, fazer evolução, ver o que venceu e estar trocando.” Mas é complicado, é nesse ponto que eu digo que é complicado com a equipe. Porque tu falas uma, duas, três vezes. Aí tu és uma chata e eles não ouvem. (E7)

Eu acho que a gente tem que estar sempre, porque as técnicas estão sempre mudando, técnicas de curativo, algumas outras técnicas a gente aborda, a gente não tem um tempo por causa da correria da UTI, mas eu geralmente consigo conversar com eles já no início do plantão, às 7 horas, quando chegamos e pegamos o plantão eu reuno, e [digo]: “Ó, vamos falar tal coisa”. Eu começo a treinar os funcionários de acordo com aquilo que observo e é rotina de UTI. (E11)

A educação em serviço tem por finalidade ampliar, aprofundar e desenvolver conhecimento teórico-prático. Deve buscar apresentar aos profissionais os conceitos e práticas necessárias para o exercício da profissão, a fim de promover saúde e proteger a integridade dos sujeitos do cuidado. Essa educação deve abordar a identificação dos riscos e pontos críticos do cuidado e por isso o controle de infecção é um dos temas que deveria ser amplamente discutido no ambiente hospitalar.

A educação em serviço é uma prática educativa que permite a colaboradores que já possuem habilitação/formação na sua área, atualizarem-se ou aperfeiçoar conhecimentos e práticas profissionais, trocando informações e acompanhando atividades desenvolvidas por profissionais da equipe ou de fora dela. Esses momentos

devem ter como objetivo capacitar os profissionais de enfermagem para o planejamento de atividades e a administração de cuidados, além de trabalhar o espírito de equipe, dinamismo e cordialidade.

O desenvolvimento de pessoal é uma das atividades mais importantes a serem exercidas pelo enfermeiro. A educação em serviço é um processo pelo qual não somente se capacita o profissional tecnicamente mas, principalmente, desenvolve-se na equipe o senso crítico e a motivação para uma atuação interdisciplinar. Por meio desse processo poderão ser partilhadas as responsabilidades e as dificuldades encontradas na profissão, o que refletirá na qualidade do cuidado.

O ideal é que esses momentos ocorram no horário de trabalho, por meio de metodologias ludopedagógicas e dinâmicas de grupos, possibilitando a participação da equipe. Os conteúdos devem sempre ser determinados em conjunto com chefias e funcionários. Nesses momentos é importante refletir sobre a necessidade de os membros da equipe desenvolverem-se profissionalmente, incentivando-os a freqüentarem outros cursos que os capacitem para a promoção dentro da instituição ou fora dela, além de lembrá-los de que participar de cursos, palestras, seminários, congressos, assim como a leitura, são ações que devem fazer parte do exercício da profissão e não algo extra que se faz quando sobra tempo ou quando eles recebem incentivos. Essas práticas tornarão o profissional de enfermagem mais competitivo.

Sabe-se, no entanto, que na prática profissional vários fatores como quadro de pessoal reduzido, sobrecarga de trabalho, falta de preparo do pessoal para atender à necessidade do trabalho, bem como fatores inerentes ao processo gerencial, como a administração de recursos materiais, físicos e de comunicação, têm dificultado a prática da educação em serviço como atividade para a enfermagem.

Sendo a educação em serviço uma das formas de melhorar o cuidado, garantir a organização do trabalho, ter uma equipe bem preparada, dar tranquilidade ao enfermeiro e liberá-lo para outras ações, incentivar o relacionamento interpessoal e interdisciplinar, questiona-se: por que um grande número de enfermeiros ainda não a adota, ou tem dificuldades em priorizá-la? Um dos motivos que pode justificar essa situação parece estar relacionado a entraves e barreiras colocadas pelo próprio profissional enfermeiro, embora devam ser considerados os entraves institucionais.

Não se pode negar a realidade dos problemas citados, mas a educação em serviço, no que diz respeito a enfermagem, deve ter a participação do enfermeiro, já que é um instrumento de trabalho que facilita e orienta a prestação do cuidado. O enfermeiro deve buscar estratégias para a implementação da educação em serviço, mas observam-se dificuldades nessa busca, o que é retratado nas seguintes falas extraídas das entrevistas:

Na verdade tu não acha um tempo para parar, para fazer treinamento. Agora, por exemplo, estamos sem escriturária. (E2)

Agora eu vou começar a fazer no meu horário um treinamento por semana com elas sobre assuntos específicos, montar bandeja, limpeza, sobre tudo, vou fazer sobre tudo que a gente faz aqui. A gente separa por itens, elas mesmo escolheram os assuntos para discutirmos uma vez por semana. No horário que está tranquilo a gente faz. Semana passada não deu para fazer porque estávamos com 22 pacientes aqui, não deu para parar. Agora, essa semana, hoje ou amanhã, eu quero ver se faço. (E3)

Nós temos um treinamento periódico no hospital, mas nem sempre dá para deixá-los ir. Por exemplo, hoje teve uma aula, mas como eu te disse, estamos com 19 pacientes, um funcionário ausente, uma grávida, uma nova e eu. Não deu para ninguém ir. Eu tento fazer os treinamentos, mas a gente marca e nem sempre dá para fazer. (E4)

Tem o serviço de educação continuada, só que nem sempre todo mundo pode participar por causa dos horários de pico do serviço e eu também faço sempre algum tipo de treinamento. Não dá para fazer sempre. (E5)

A quantidade de funcionários não permite, eles acabam fazendo os treinamentos em horário de serviço. Esse mês eu estou com três funcionários, eu tinha cinco. Uma foi de férias, uma saiu e a outra desapareceu. Solicitei um funcionário da outra UTI para poder trabalhar. (E10)

As mudanças sociais, as novas exigências do mercado, a orientação do usuário dos serviços de saúde, o incremento da tecnologia entre tantas transformações que vêm acontecendo nos últimos anos, repercutem diretamente na saúde e, conseqüentemente, na enfermagem. Há uma necessidade imediata de redefinição das prioridades em relação à área. A enfermagem tem um papel preponderante nesse contexto e o enfermeiro é o profissional responsável, em sua categoria, por responder às demandas do sujeito do seu cuidado. Uma das formas de permitir que isso aconteça é por meio da educação em serviço. Infelizmente, não é tão simples.

Zalon (1998) entende que as escolas de profissionais de saúde necessitam desenvolver em seus estudantes o raciocínio científico e as habilidades de aprendizagem autodirigida. Segundo essa autora, o pensamento crítico é um componente essencial da enfermagem, e a atuação social e política pode ser utilizada para melhorar o pensamento crítico de enfermeiras. Ela lembra que desde 1973 o Conselho Internacional de Enfermeiras estabeleceu como uma das habilidades essenciais ao profissional de enfermagem a capacidade de identificar as necessidades das pessoas com as quais trabalha

Para Zalon (1998), o enfermeiro deve estar preparado para analisar resultados, mas somente haverá bons resultados se houver articulação de posições de sua equipe e desenvolvimento estratégico para o alcance dos objetivos.

A educação requer habilidades e o enfermeiro, onde quer que exerça a enfermagem arte e ciência, necessita dessas habilidades. Uns já trazem consigo, outros precisam desenvolvê-las. Não há como ser enfermeiro sem habilidades de pensamento crítico (raciocínio e avaliação); saber ouvir, falar, ler e escrever de forma analítica e crítica; ser efetivo nesse pensamento crítico, mostrando-se aberto a outras visões de mundo, a outras possibilidades e à compreensão de suas limitações. São importantes também a sensibilidade, a humildade intelectual e a persistência na busca dos objetivos. É difícil definir grau de importância entre tais habilidades, mas a questão intelectual parece ser fundamental ao aperfeiçoamento das demais.

A capacitação da equipe de enfermagem, incentivada e propiciada pelo enfermeiro, é determinante para o reconhecimento da mesma pelos demais profissionais, pelos sujeitos do seu cuidado e por si mesma. É preciso mostrar aos enfermeiros suas habilidades e suas dificuldades; como reconhecer problemas e como tratá-los; como ser exato e consistente nos atos e como estabelecer bons juízos de valor.

A educação em serviço é uma prática antiga. Florence a praticava, por exemplo, utilizando estudo de caso. Periodicamente ela passava visita com as enfermeiras, exigindo que levassem um caderno para registrar os casos excepcionalmente interessantes, sobre os quais seriam interrogadas mais tarde para avaliar o que sabiam e haviam aprendido (HEIDGERKEN, 1963, GALDEANO, ROSSI e ZAGO, 2003) .

A educação em serviço favorece a educação em saúde. Se cuidar é envolver-se com o outro, esse “outro” pode ser a equipe, o paciente, a organização, entre outros. Se essa consciência não existir, não haverá educação e o cuidado estará comprometido. Todavia, o cuidado prestado com excelência será um reflexo da ação de profissionais com habilidades e dedicação. Para isso é necessário mais do que responder; é necessário perguntar, utilizando um raciocínio crítico: o que posso oferecer ao sujeito do meu cuidado? Quem é o sujeito do meu cuidado? Como levar minha equipe à excelência na prestação do cuidado? Meu cuidado tem proporcionado mudanças de atitude? Minha equipe é eficiente? Há reconhecimento de capacidade humana e científica por outros profissionais, pela equipe interdisciplinar e pelo paciente? Enfim, estas e outras perguntas precisam ser feitas e, a partir das respostas, é preciso agir pronta e criticamente.

5.3.2.4 O Controle de Infecção e a Dimensão Educacional do Cuidado no autodesenvolvimento

A busca pelo autodesenvolvimento deve ser algo constante em todos os profissionais. Nem todas as instituições têm a visão de investirem em seus colaboradores e, no entanto, essas mesmas instituições buscam profissionais capacitados. O enfermeiro, por uma série de razões, deve desenvolver-se. A ciência evolui a passos largos e o profissional de enfermagem necessita acompanhá-la, sob o risco de tornar-se obsoleto, prestar um cuidado de baixa qualidade e perder a motivação.

A escola deve incentivar o acadêmico a estar atento à atualidade, lembrando sempre do testemunho dos nossos precursores. Estes, por meio do estudo e da pesquisa, mudaram a história. Florence Nightingale, que fundamenta este trabalho, foi uma mulher à frente do seu tempo. Ela mudou a enfermagem e lançou-a na história da humanidade por meio de um empenho fundamentado no estudo e no conhecimento.

Waldow (1992) salienta que os modelos comportamentais predominantes nos cursos de enfermagem enfatizam o desempenho técnico e o treinamento, em vez de uma verdadeira educação. Segundo ela, os currículos impedem ou limitam o completo

desenvolvimento do profissional, pois não lhe ensinam a serem autônomos na busca do conhecimento e na coerência. Ela reforça que a enfermagem é o exercício de uma prática consciente. A autora escreveu isso em 1992; desde então muitos currículos foram revistos e reformulados, mas em alguns momentos percebe-se que a mudança dos currículos não muda quem ensina e quem aprende.

O autodesenvolvimento está para o profissional como o alimento está para o corpo. O profissional que não estuda é como o corpo que não come; ele definha e está fadado à morte. Esse autodesenvolvimento diz respeito também a outros saberes, não somente à área de atuação. Os conhecimentos básicos exigidos dos profissionais nas empresas, além de sua própria atividade, são línguas (especialmente inglês e espanhol), informática e, cada vez mais, qualidade. Os hospitais e a saúde de forma geral não estão isentos disso, muito pelo contrário. Naisbit (1994) nos apresenta dados claros:

[...] 70% da correspondência mundial está em inglês. 85% de todas as conversas telefônicas internacionais são feitas em inglês. 80% de todos os dados armazenados nos 100 milhões de computadores do mundo estão em inglês. A ampla troca de informações internacionais que já está sendo possível com o acesso às redes de informação, como a Internet, é mais revolucionária do que foi a invenção da imprensa. Estar de fora da era da informação é perder oportunidades, é perder poder. Não saber informática equivale a ser um analfabeto.

Esses dados são de 12 anos atrás e não devem ter diminuído, mas aumentado. As exigências aumentaram, a informação tem chegado com maior rapidez ao sujeito do cuidado. As pessoas estão mais cientes dos seus direitos. A maior parte da literatura na área da saúde é escrita em inglês. Para a maioria das ações de enfermagem já existe um equipamento equivalente e uma tecnologia própria. O autodesenvolvimento específico na área e tudo o que a envolve, é algo urgente para a enfermagem.

Nas entrevistas percebe-se uma busca pelo autodesenvolvimento. Há preocupação dos enfermeiros com sua formação, porém isso está muito associado a cursos de pós-graduação, congressos e outros eventos. Quando questionados sobre seu autodesenvolvimento, seu hábito de estudo e como haviam empregado seus esforços

excetuando a graduação, as respostas eram voltadas, em grande parte delas, para a educação formal. Isso é evidenciado nas falas a seguir:

Eu fiquei um ano e meio na cardiologia, fui a São Paulo, fiquei um mês em São Paulo fazendo um curso, curso não, fiquei trabalhando como se fosse voluntária no Hospital Pio XII, para conhecer a rotina da cardiologia de lá e da hemodinâmica, pois estavam pensando em montar uma unidade aqui. (E1)

Sempre que aparecem cursos a gente faz. Não dá para ir a todos, mas se divide. Agora tivemos o I Encontro Catarinense de Neonatologia. Eu e uma outra enfermeira estamos fazendo pós-graduação, mas em obstetrícia, porque em neonatologia só tem São Paulo, como saiu pós em obstetrícia aqui, estamos fazendo. Mas a nossa intenção ainda é fazer em neonatologia ou pediatria. (E2)

Estou fazendo agora obstetrícia, cursos e congressos. Eu sempre vou. (E3)

Sim, eu fiz um curso de obstetrícia. (E4)

Não. Eu tenho interesse em fazer mas ainda não sei o que. Eu quero fazer uma coisa que depois eu possa utilizar. Mas por enquanto eu não fiz nada ainda [formada há dois anos][...] Não, diária não, é mais mesmo quando aparece alguma coisa que gere curiosidade, eu vou atrás, mas fora isso, como hábito mesmo, não. [Quando perguntada sobre o hábito de estudar]. (E5)

Eu participei de vários congressos da área de enfermagem, congresso brasileiro eu participei de vários durante a faculdade, fiz vários cursos pela faculdade, fiz curso de ferida, curso de geriatria, neuropsicologia. Tratamento de feridas eu fiz vários, porque eu gosto muito, e eu sou da comissão de curativos do hospital. Eu nem lembro tudo que eu fiz. Congresso brasileiro de cardiologia eu fui. Curso de ausculta cardíaca. Cursos e congressos eu fiz vários. (E6)

Nossa, o que eu participei de congressos e ações comunitárias. Tudo, até nem sabia que para ganhar aquele prêmio no final da faculdade, aqueles diplomas. Uma professora disse para mim: “Tu podias ter recebido o prêmio, porque nunca vi trabalhar tanto”. Era congresso, ações comunitárias, desde o início da faculdade acho que não perdi nenhum, todos os dias estava trabalhando. (E7)

Não, não. Por isso que eu estou louca para fazer pós-graduação, porque eu sei que falta muita coisa e a gente acaba naquela rotina de casa, de família e acaba esquecendo dos estudos. Eu até tento, pego o livro mas quando vejo já está lá na cabeceira. (E8)

Eu fiz especialização em metodologia do ensino. (E9)

Eu estou fazendo especialização em UTI, já comecei a pós e me formo agora em março [...] Sempre que aparecia alguma coisa eu procurava ir em congressos. (E10)

Eu fiz a especialização em metodologia de Ensino. (E11)

Não há desmerecimento algum no estudo formal, muito pelo contrário, ele dever ser perseguido. Após avaliar qualidade, ementa, corpo docente e a escola que apóia o curso, entre outras questões, o enfermeiro deve procurar cursá-lo. Entre outras coisas, o contato com profissionais da área, com outras realidades e a troca de experiências é de suma importância. O curso formal, por si só, não é suficiente. O profissional, e a referência aqui é ao enfermeiro, deve adquirir o hábito de estudo individual e de leitura. Em todas as áreas há uma necessidade de autogestão. O profissional precisa gerenciar seu tempo, seus estudos, seu autodesenvolvimento, suas prioridades, entre outras questões. Peter Drucker (1999), em *Desafios Gerenciais para o Século XXI*, afirma que:

gerenciar a si mesmo significa colocar-se onde você possa fazer sua maior contribuição à sociedade; aprender a se desenvolver constantemente, mantendo-se mentalmente ativo; e aprender a como e quando mudar.

O enfermeiro que cuida e controla infecção é aquele que conhece o cuidado, conhece os mecanismos de infecção e de controle, e conhece os riscos a que o sujeito do seu cuidado está exposto. O enfermeiro, que atua no cuidado, deve entender que o controle de infecção está incluído em sua área. O convívio com os microrganismos patogênicos é o dia-a-dia do profissional que cuida de forma direta, e esse assunto requer atualização constante. As pessoas, mais do que os processos ou a estrutura, é que são responsáveis pelo controle de infecção, portanto a educação formal, a educação em serviço e a busca pelo autodesenvolvimento favorecerão a manutenção de baixos índices de infecção.

Como em qualquer outro processo educacional, no controle de infecção se faz necessário que as pessoas saibam exatamente o que estão fazendo. Esse processo de educação e autodesenvolvimento exige sintonia entre profissional e equipe, profissional e instituição, estabelecimento de prioridades, planejamento estratégico para esse autodesenvolvimento e definição de um programa disciplinado de implementação desse planejamento. Nas entrevistas, percebem-se dificuldades no que diz respeito ao controle de infecção, o que os enfermeiros associam à falta de estudo

em relação ao assunto.

Acho que realmente tenho tido dificuldade. Eu não tenho buscado me aperfeiçoar, se eu não leio, se eu não vou atrás é claro que não vou adquirir conhecimento, o que gera dificuldade para eu entender o que está acontecendo. Realmente a gente peca, estou falando por mim, de não ir atrás, de ter um conhecimento a mais. É isso que eu te digo, às vezes eu não tenho conhecimento de infecção, mas não vou atrás para saber. (E1)

Acho que por não ter aprendido na faculdade e depois por não atuar na área, é claro que a gente tem dificuldade. Acabamos não lendo sobre o assunto, infelizmente, e ninguém te passa nada, fica naquela. (E2)

Não, não sei. Da história eu sei um pouco de Florence Nightingale que falou da lavagem de mão. Eu vi naquele filme dela. [Quando perguntada sobre CI] (E3)

Tenho. Eu tenho dificuldade. Isso foi passado muito por cima, e eu não tenho muito tempo, vou ser bem sincera, de parar e ler, é uma coisa que eu estou há vários meses martelando que eu tenho que parar uma hora e ler e ter uma colinha aqui comigo para de vez em quando dar uma olhada... é com relação às precauções. [Referindo-se à dificuldade em relação as técnicas de isolamento]. (E6)

A gente tem que estar sempre estudando mas nunca sobra tempo. [Referindo-se ao CI]. (E8)

Dificuldades eu acho que a gente sempre tem. Por mais que você busque conhecimento sempre falta conhecimento, eu acho isso. A gente também não pode se acomodar, mas eu acho que nós devemos ir em busca de conhecimentos (E11)

A educação na enfermagem tem uma trajetória de mais de cem anos. Florence Nightingale deixou um exemplo de busca pelo autodesenvolvimento. Em uma época em que as informações eram limitadas e o acesso às existentes mais limitado ainda, ela se superou. Buscou recursos onde entendia que poderia encontrá-los, como seu estágio em uma instituição de dicanonisas protestantes em Kaiserswerth, na Alemanha, um hospital e orfanato dirigido por Theodor Fliedner, em 1849. À época Florence estava com 29 anos de idade (SNODGRASS, 1999), e buscava o conhecimento.

Cruz (2001) relata que:

Há várias formas de obter conhecimento e informação. O conhecimento é adquirido de diversas maneiras: pela busca de informação com especialistas ou autoridades; através da experiência; e pela investigação de idéias e conceitos a

partir da perspectiva de enfermagem.

O autodesenvolvimento é algo a ser perseguido constantemente. Deve-se ter em mente que os cursos informam, mas a pesquisa e a busca pessoal é que formam. A educação na área na saúde objetiva a melhoria da qualidade desse serviço. Considerando que todas as demais dimensões do cuidado requerem uma abordagem teórica e conceitual, pode-se dizer que elas se configuram em um espaço educativo, ou seja, a dimensão educacional do cuidado permeia todas as outras dimensões, devendo portanto buscar adaptar-se a todas sem privilegiar uma ou outra. A educação em saúde necessita individualizar o sujeito e identificar as dimensões do cuidado. Percebe-se uma dificuldade nos enfermeiros em compreender isso.

Referindo-se à educação na enfermagem, Zago (1994) relata que o termo “orientação” é o mais utilizado pelos enfermeiros para referirem-se ao processo educativo. A autora, no entanto, faz uma distinção entre ensino e orientação. Esta, conforme a autora, é percebida como algo rotineiro e fragmentado, exercida sob a ótica de crenças e padrões adquiridos durante a trajetória profissional do enfermeiro. Nela, o sujeito é passivo, o que diminui o processo educativo. Ensino, por outro lado, é o processo participativo em que o indivíduo é sujeito. Para que essa diferença seja extinta, a autora defende uma melhor formação de recursos humanos, buscando-se o desenvolvimento das potencialidades do profissional e contando com a participação das escolas, refletindo sobre as bases filosóficas e pedagógica do ensino que oferecem.

5.3.3 O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado

Cuidado e controle de infecção somente poderão ser instituídos numa organização se esta for cuidadora, se tiver como um de seus negócios a prestação do cuidado e o controle de infecção. A organização hospitalar é complexa, não lida com produção mas com com terapêutica, devendo prestar cuidado e buscar oferecer cura ao seu cliente, que deve ser considerado sujeito do seu cuidado. Essa é uma visão

relativamente nova. Foucault (1995) relata que os primeiros hospitais datam do final do século XVIII, e naquele período houve busca pela padronização da modalidade dos estabelecimentos pela Academia de Ciência da França. Antes daquela intervenção, os hospitais eram locais onde se isolavam os doentes, com o único objetivo de segregá-los da sociedade, sem nenhum tratamento. Segundo o autor, as guerras européias criaram uma demanda para o aumento do número de hospitais, e determinaram o que se vê hoje: o cadastro dos pacientes com divisões por leito e a *coorte* por patologia. O hospital passou a ser, mais do que um espaço de prestação de cuidado, um campo estatístico.

Na enfermagem, vê-se Florence preocupada com a reestruturação dos hospitais desde a Criméia. Goldie (1997, p. 9-11) compilou em livro centenas de cartas de Florence enviadas da Criméia. Na introdução, registra que Florence foi acusada de plagiar idéias e sistemas de precursores em relação à enfermagem moderna, porém que não há quem possa negar sua originalidade na reforma sanitária de Londres, na reestruturação e humanização dos hospitais das forças armadas britânicas, nos relatos e nos levantamentos estatísticos.

Hoje se vê grande complexidade nas organizações hospitalares em função da magnitude da sua missão, do que representa na sociedade e para a sociedade, da tecnologia envolvida em suas ações, da multidisciplinaridade de seus colaboradores e da crescente autonomia que cada um requer. Muitas dessas unidades hospitalares, além disso tudo, ainda são co-responsáveis pelo ensino e pela pesquisa na área. Manter esse organismo complexo tem um custo com que o setor público, com algumas exceções, tem tido dificuldade de arcar, e que o setor privado, por sua vez, repassa ao usuário. A lógica lucrativa do mercado muitas vezes suplanta os princípios éticos e legais que deveriam reger o setor de saúde.

As dificuldades das organizações refletem diretamente nos seus clientes internos e externos. Nos clientes internos – seus colaboradores –, pois esperam da organização a honra de seus compromissos, refletidos nas condições de trabalho e na manutenção de seu sustento, e nos clientes externos, pois estes depositam sobre a organização toda sua expectativa de cura e de qualidade de cuidado. A contenção de custos somente será salutar se for balizada pela ética e pela qualidade do cuidado. Para

Erdmann (*apud* Neves, 2002), as inter-relações que sustentam o cuidado organizacional – entre indivíduo, sociedade e sistema – possibilitam nova concepção deste por meio do reconhecimento dos espaços sociais, dos movimentos dos seres animados e inanimados, os sentimentos e as determinações, e os movimentos de autopoiese, definido como processo produtivo a partir dos elementos que constituem um sistema ou uma organização. Nem sempre essa inter-relação indivíduo, sociedade e organização se dá, ocorrendo uma fragmentação do processo que compromete a dimensão organizacional do cuidado.

Erdmann e Santos (2003, p. 78) afirmam que “a fragmentação induz o indivíduo a perder sua capacidade de estabelecer auto-referência a partir do sistema em que está inserido”, levando-o a dificuldades de adaptação ao ambiente organizacional por não entender a complexidade do sistema.

A complexidade da organização e alguns de seus problemas foram identificados nos dados desta pesquisa, formando tal categoria, que foi subdividida, para fins de discussão, nas subcategorias:

- O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado: as Forças Antagonistas – CI e cuidado X redução de custos
- O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional: no enfrentamento da burocracia
- O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado: a comunicação
- O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado: o apoio oferecido pela organização

5.3.3.1 O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado: as forças antagonistas – CI e cuidado X redução de custos

Em algumas situações, a preocupação com a redução dos custos é tão grande a ponto de refletir no controle de infecção e, conseqüentemente, no cuidado. A manutenção da estrutura hospitalar e do atendimento, associados à humanização e aos baixos índices de infecção, não é simples, pois requer equipamentos, insumos, investimento em capacitação de pessoal, entre outras questões. Os custos hospitalares

são altos.

Zanon (2001) relata que além da característica humanista existe, para a organização, a realidade socioeconômica, pois não há como gerenciar a saúde sem recursos financeiros cada vez maiores. Ele descreve parte dessa situação:

Foram realizados no Brasil, em 1997, 11,7 milhões de internações assim distribuídas: 7,7 milhões (65%) em hospitais privados; 2,6 milhões (22%) em hospitais públicos, e 1,5 milhões (13%) em hospitais universitários. O valor total dessas internações foi de R\$3,2 bilhões. Segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMG apud Zanon, 2001), o setor hospitalar, em 1997, movimentou R\$ 38 bilhões, enquanto o setor siderúrgico faturou no mesmo período R\$ 12 bilhões.

Entende-se que o foco da organização não é somente o controle de infecção. A atenção dela deve estar voltada para o atendimento ao público, para o serviço de higienização, para toda a área administrativa e áreas afins, tudo isso convergindo para o seu maior bem: o sujeito. Não são suficientes os esforços na manutenção de recursos financeiros e tecnologias de ponta, pois a sustentabilidade organizacional requer investimentos no desenvolvimento das pessoas e nos recursos de trabalho a elas oferecidos.

A economia nos insumos deve se dar pela educação em relação ao uso racional, mas nunca pela exclusão dos mesmos ou substituição por outro de qualidade sabidamente questionável e contra-indicada. As entrevistas revelam dificuldades dos profissionais em relação a essas questões.

Outra coisa que a gente tem dificuldade é material. Em relação à desinfecção, lavagem das mãos, a gente muitas vezes não tem papel toalha, a gente sempre tem sabão, sabão não nos falta, mas papel toalha às vezes não tem, fica puxando toalha daqui, toalha dali. (E1)

Não faz tanto tempo que ela entrou, mas ela é bem acessível [Referindo-se à enfermeira da CCIH], só que tem coisas que a gente não consegue mudar. Uma época era uma outra enfermeira da CCIH, a gente quando entra lava a mão e escova. A outra enfermeira tentou mudar essas escovinhas, porque essas escovinhas ficam ali, mas ela não conseguiu. Foi como ela nos falou: “Não é possível trabalhar em um lugar que não te apóia.” (E3)

Aqui, quando dá, quando o paciente compara, eu uso o Dersani. Mas geralmente só Povidine. Curativo, só soro e Povidine. É o que o hospital fornece. Outra coisa a gente não usa. (E5)

Às vezes somos bem carentes de EPIs para cuidar. Falta luva, é uma coisa que não deveria faltar mais falta, avental para nos protegemos, óculos temos, recebi dois do almoxarifado, máscara também, mas máscara bico de pato para pacientes com isolamento respiratório nós não recebemos, é supercontrolado por ser caro. (E6)

Aqui, até hoje, eu vi que a CCIH influenciou na rotina da troca de sonda nasogástrica e na seringinha de leite que era trocada a cada 24 horas. A CCIH pediu que fosse trocada a cada três horas, sempre que fosse dado o leite, só que o custo ficou muito alto e aí voltou para cada 24 horas de novo. A hora que a CCIH interferiu aqui, foi nessa vez, e fora isso... Treinamento, não. Não sei se foi por não haver necessidade, pelo menos eu não vejo. Creio que a equipe é bem instruída. (E8)

Já melhorou bastante, mas temos dificuldade em relação à falta de material. Temos dificuldades, às vezes não pela falta da vontade do funcionário ou não saber a técnica, mas por falta de materiais. Graças a Deus está mudando. (E9)

Segundo essas falas, o controle de infecção e o cuidado parecem ser realmente forças antagonistas à redução de custos, mas não são sinérgicas. Controle de infecção e cuidado denotam a qualidade da organização. Deming (1990), considerado um dos teóricos da qualidade, afirma em seus escritos que qualidade está muito mais relacionada a idéias do que a operacionalização da mesma. Ele define qualidade como “atender continuamente às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Talvez não o preço que estejam dispostos a pagar, mas que se consiga qualidade na prestação do cuidado, independente do que os clientes possam pagar.

Scheckler (1996 *apud* Zanon, 2001), vai além de Deming (1990), afirmando que qualidade, mais do que uma filosofia gerencial, é uma filosofia de vida, uma nova postura comportamental não somente para produzir mais, porém melhor, com menor custo, menor desperdício e menos retrabalho. Para ele, qualidade não é uma opção, mas um pré-requisito de sobrevivência em um mercado competitivo.

A economia deve se dar pela racionalização das ações, evitando o desperdício, nunca as sacrificando. Zanon (2001) afirma que são oferecidos aos hospitais produtos mais caros e sofisticados, criados para substituir outros, mais simples e baratos, sem

que, na maioria dos casos, a necessidade dessa substituição tenha sido demonstrada cientificamente. O autor demonstra que isso é percebido no controle de infecção. Desinfetantes são usados desnecessariamente, isolamentos são instituídos por insegurança, antibióticos são utilizados sem racionalização e a higiene das mãos não é estimulada.

Há uma desvirtuação nos conceitos quando medidas simples e de baixo custo não são observadas, o que Florence Nightingale tratou com clareza. Ela buscou qualidade da administração hospitalar empregando medidas simples, como higiene e limpeza no hospital que assistia os militares feridos na Guerra da Criméia. Obstinada, ela ajudou a mudar a realidade dos hospitais da sua época. A qualidade do cuidado prestado pela organização hospitalar tem em Florence um marco. Antes dela as pessoas conviviam com a morte, com um ambiente sujo e desorganizado, alimentações mal preparadas e odores pútridos, entre outros. Depois dela, a saúde passou a ser tratada como um bem, a morte fortuita respeitada e a busca pela qualidade de vida do sujeito do cuidado tornou-se uma constante.

5.3.3.2 O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado no enfrentamento da burocracia

Burocracia, segundo Houaiss (2003), é “um sistema de procedimentos administrativos”; ela nada mais é do que normas que objetivam a organização da empresa como um meio e não um fim. A burocracia como sistema de organização é de fundamental importância e permeia as demais ações, e não exclui a enfermagem. Florence Nightingale, quando trata do cuidado, do controle de infecção, do ambiente, entre outras ações, aplica princípios administrativos. Com um grupo pequeno de mulheres, ela parte de Londres para um hospital militar na Turquia, onde se travava a Guerra da Criméia, aplicando um sistema administrativo de distribuição de tarefas, levantamento de dados e muito trabalho. Assim, imbuída da idéia do cuidado, conseguiu reduzir, em dois meses, o índice de mortalidade de 42 para 2% (COUTO, 2003).

Na época, Florence, com a introdução de um novo fazer enfermagem na

Europa, trouxe perspectivas pioneiras.

[...] naquela época foi a primeira a inquietar-se e levar avante mudanças radicais no ambiente [...] Organizou serviços de lavanderia, rouparia, cozinha dietética, almoxarifado e limpeza, então inexistentes no hospital. Mostrou também grande capacidade de coordenação e direção de pessoal [...] demonstrou a necessidade de aplicação das funções administrativas nas instituições hospitalares, comprovando através de atos, as suas convicções, de tal forma que seus repetidos sucessos levaram-na a ser considerada como pioneira da administração hospitalar. (TREVIZAN, 1988, p. 16).

Nada disso seria possível sem um sistema organizacional. Quando o sujeito do cuidado é internado em uma instituição de saúde, teoricamente ele está entregue ao poder do médico, do enfermeiro e da organização que o recebe. Trevizan (1988) relata que a ocupação de cargos administrativos pelos enfermeiros, na maioria das vezes, se dá por indicação de uma autoridade superior. Assim, esses profissionais são investidos de autoridade decorrente do regulamento da instituição e assumem a responsabilidade inerente ao cargo, comprometem-se com a organização e são responsáveis por manter as normas instituídas. Acrescenta-se ao raciocínio da autora que isso ocorre mesmo que o enfermeiro não concorde com as normas instituídas.

Analisando as entrevistas, percebe-se preocupação com a ética convencional do enfermeiro em relação a sua conduta gerencial; as falas demonstram insatisfação pela falta de sintonia entre valores pessoais do profissional, prioridades do paciente e organização.

A burocracia é imposta aos pacientes mesmo que eles não a conheçam, conferindo a alguns uma posição passiva. Também se vê o desconhecimento dos sujeitos do cuidado organizacional em relação aos seus direitos. Muitos deles ainda entram em uma unidade hospitalar e se tornam reféns da postura “quase infalível” do médico, da confiança que precisam ter nas orientações do enfermeiro, do cuidado dispensado e das diretrizes institucionais.

Os dados apontam uma preocupação do enfermeiro em relação a essas questões.

Eu acho que a gente peca muito na assistência pela falta de tempo, porque a gente também tem que trabalhar na burocracia e acaba sacrificando o controle de infecção. Creio que se a gente tivesse um pouco mais de tempo para estar na assistência, a gente tinha esse controle e conseguiria diminuir

bastante o número de infecções. (E1)

Bom, eu chego e passo em todos os quartos para pelo menos dar um bom dia. Às vezes eu escolho uma mãe para dar uma orientação ou outra. Dou uma olhada nas prescrições, nas internações novas, fico atenta ao CO [centro obstétrico], vejo se tem algum procedimento para fazer. À tarde é aquilo que tu viste, uma pilha de contas para organizar e que eu tenho que revisar uma por uma. Nós estamos sem assistente administrativo. Ficou tudo com a enfermagem. Essas coisas que a direção cria e a gente tem que aceitar. (E4)

Eu já falei para a gerência que o ideal era eu ter mais uma colega enfermeira aqui para dividir as tarefas comigo. Dividir toda essa parte de burocracia, porque assim nós teríamos mais tempo para a assistência, que é o que eu gosto de fazer mesmo. Mas até agora... (E4)

Cuidado? Meu Deus... Estamos em uma fase muito administrativa. Estamos muito longe do cuidado. A gente está sem escriturária, as contas ficam todas conosco. A parte do cuidado ficou a desejar. Antes de ficarmos sem escriturária era mais fácil passarmos pelos quartos, passarmos visita e fazemos uma geral em cada paciente, mas de uns tempos para cá eu não consigo mais. Eu dou uma passadinha bem rápida, é uma coisa ou outra. Antes eu tinha mais tempo. (E5)

A nossa comissão [comissão de curativos] mudou de gestão há pouco tempo. Em função de umas mudanças que vêm ocorrendo aqui no hospital com relação às rotinas do setor, pois estamos assumindo a função da escriturária, em relação às contas e aos prontuários, e a comissão está pouco atuante nestes últimos meses. (E6)

Hoje eu não consigo visitar os 35 pacientes, principalmente pela sobrecarga na parte administrativa eu fico meio afastada deles, mas eu já reclamei, meu negócio não é papel, eu quero ficar nos quartos. Isso é uma coisa que me incomoda! (E6)

Tem semana que tem um monte de conta para fechar, e eu acabo ficando atrás do balcão. Faço minha visita pela manhã e às vezes à tarde. Os funcionários reclamam que eu só ajudo na parte do papel e não na assistência, eu fico numa “sinuca de bico”, não sei se vou para um lado ou para o outro. Chego em casa com a cabeça desse tamanho. (E7)

Eu faço parte da comissão de curativos, mas faz uns dois meses que a gente não se reúne porque esse negócio de conta acumulando e sobrando, faz dois meses que a gente não se reúne. (E7)

Eu acho que acabo ficando um pouco da manhã na parte burocrática, apesar de já terem me tirado bastante disso. (E10)

À burocracia algumas vezes é atribuída a culpa pela deficiência do cuidado. Associada a ela vem a falta de tempo. A organização precisa estar atenta aos afazeres

de seus colaboradores e ter um sistema de avaliação de desempenho preciso. Por outro lado, o enfermeiro deve posicionar-se ao perceber que os afazeres impostos pela organização o afastam de uma prestação ética de cuidado. Não pode acomodar-se com essa burocracia alienante e usá-la como desculpa para o não cuidar.

Conforme Nazário *et al.* (2004), Florence escreve sobre essa questão de forma muito perspicaz. Afinal, ela sabia exatamente o que era e o que não era, o que queria e que não queria na enfermagem.

Pode-se inferir, pelas leituras de Nightingale, que o tempo e as rotinas para o cuidado do ser humano não podem ser os mesmos que os das fábricas, das escolas, dos campos esportivos. O tempo acelerado da sociedade urbano-industrial e as rotinas invadiram, em nossos dias, os hospitais e os serviços de saúde. A rotina, como relação espaço-temporal, deve respeitar a complexidade do indivíduo ao aplicar os procedimentos terapêuticos que o paciente necessita... Nightingale também contestou a obediência cega às determinações vindas de outros... Ao transpormos estes ensinamentos para os dias atuais fica uma questão: num mundo dos tempos, imagens e contatos acelerados e fragmentados como cuidar com atenção com e / ou a partir do paciente? Conclui-se da leitura de seu livro que Nightingale pensa-sente-age, superando o pensamento dual, fragmentado do isto ou aquilo. O pensar-sentir-agir em Nightingale é plural e diverso, caminhando na direção da unidade. É isto e aquilo e aquilo outro e isto também e... Não é o simples fato de tudo relativizar, nem de tudo aceitar, pois, o próprio subtítulo de Notas sobre Enfermagem adverte: “o que é e o que não é”, demonstrando sua posição político-filosófica. O cuidado em Nightingale se dá através da educação, conhecimento sobre “as leis da vida”, com isto, é possível lutar por direitos humanos, por transformações socioculturais, políticas e ecológicas do sistema vigente.

5.3.3.3 O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado na comunicação

É impossível dissociar a qualidade da organização de um bom sistema de comunicação nela existente. Uma organização é composta por, no mínimo, duas pessoas e a interação entre elas é determinante. Sem comunicação não há organização. A organização é erguida por idéias e ideais, e se isso não for socializado, não terá valor algum, por mais original que possa parecer. Uma idéia é desenvolvida e socializada por meio de planejamento, projetos, relatórios, estratégias, entre outros, que serão veiculadas pela comunicação e materializados por meio de ações. Isso caracteriza uma organização. Por tudo isso, a comunicação deve ser uma característica das organizações, que precisam transmitir claramente aos seus clientes internos e externos

seus objetivos.

A comunicação deixa em lugar-comum toda uma filosofia institucional. Por meio dela todos sabem o que é esperado do grupo, o que fazer, como fazer e por que fazer. Por meio dela as dúvidas são excluídas, como se os fantasmas inexistissem. Em algumas situações, a comunicação é deficiente e a responsabilidade por tal fato não deve ser atribuída somente à organização, mas à limitação do conhecimento da enfermagem.

Comunicação pressupõe relacionamento. Dificuldades na comunicação verbal e não-verbal, portanto, refletem-se nos relacionamentos. Algumas organizações, contudo, confundem boa comunicação com boa rede de informação. A informação pura e simples, que pode ser adquirida por meio de dados, gráficos, relatórios, circulares, ofícios, comunicações internas, e-mails, intranet, entre outras, afasta as pessoas. A transmissão de informações não precisa ser presencial, nem as pessoas precisam conversar para obter informações. Informação e comunicação, portanto, são coisas diferentes, porém importantes e não excludentes. A organização necessita atentar para isso e tentar harmonizar idéias e não somente informar.

A comunicação que exige relacionamento é em grande parte não-verbal; dois terços dos pensamentos e intenções são manifestados por meio de olhares, expressões faciais, gestos, posturas corporais, entre outros. Apesar de representar esse grande percentual, ela costuma ser negligenciada nas organizações. O interlocutor está atento, na maioria das vezes, e é capaz de decodificar expressões de interesse, desprezo, vergonha, raiva e insegurança. A comunicação também é um instrumento do cuidado, pois tanto enfermeiro como paciente expressam emoções e reconhecem sinais verbais e não-verbais emitidos, o que os leva a perceber o outro, com seus valores e dificuldades, e contextualizar a mensagem, para que esta não seja estereotipada, mas realmente sentida (SILVA, 1998).

A comunicação que gera resultado circula em todos os meios e em todos os sentidos, a saber, entre os pares, destes com o corpo administrativo e com o cliente, e também no sentido contrário. Ou seja, a comunicação permeia todos os âmbitos da organização. A falta de comunicação pode refletir-se em ações e nas padronizações, levando pessoas que trabalham numa mesma organização a atuarem de formas

diferentes. A falta de padronização denota falta de comunicação. A padronização requer emprego de tempo para continuamente reunirem-se evidências de melhorias necessárias, avaliações constantes de todos os processos, e outros. A dificuldade de comunicação foi evidenciada nas entrevistas a seguir:

Eu tento fazer isso [referindo-se ao treinamento da equipe]. Não sei dos outros porque a gente acaba não tendo muito contato com os outros enfermeiros. (E1)

A gente discute nossos problemas; estamos tentando; tem dias que a gente consegue, tem dias que não. Tentamos fazer um estudo entre nós. Nem sempre a gente consegue fazer. A gente está tentando, insistindo, para tentar discutir. (E3)

Nós já tentamos fazer reuniões para discussão, grupos de estudo, mas nunca foi para frente. (E4)

Não, é cada um no seu setor. É um descontentamento geral, e não é só da minha parte. Algumas enfermeiras pediram a conta e saíram, mas também não é a solução. Não somos unidos. Se fôssemos, teríamos mais força. Um reclama aqui, outro reclama ali, mas ninguém se une. (E5)

Eu nem sei muito sobre isso porque é passado para nossa chefe. Mas que eu saiba tem. [Referindo-se às informações da CCIH] De vez em quando o pessoal da CCIH vem conversar com a gente, mostra... até elogia que o índice de infecção diminuiu, mas essa parte burocrática é mais com a nossa chefe, eu nunca vi, mas eu sei que tem. (E8)

Essa falta de comunicação é prejudicial em todas as áreas, mas em alguns setores normativos, como a CCIH, ela toma proporções comprometedoras. Sabe-se que em algumas organizações a CCIH trabalha com número reduzido de pessoal. Se isso é benéfico, por permitir coesão entre a comissão, por outro lado traz dificuldades na realização das atribuições. Associando isso às demais dificuldades da CCIH, pode haver a geração de conflitos e desmotivação. A organização precisa dar condições para atuação da CCIH e o que acontece, em alguns casos, é a formação da comissão por uma exigência legal. Se a CCIH não atuar, e não se fizer entender, ela perde a razão de existir.

A CCIH existe, entre outras atribuições, para pesquisar índices, elaborar gráficos, os interpretar e, com base neles, intervir na realidade. Entretanto, se a organização não respeitar as atribuições dessa comissão, ela pode transformar-se num

órgão informativo, deixando de ser formativo. Por outro lado, cabe a CCIH mostrar sua capacidade e provocar uma demanda de atuação com busca ativa, treinamentos, busca pós-alta, estabelecimento do uso racional de antibióticos, orientação a pacientes e acompanhantes, assessoria à administração, entre outras atividades. Para cumprir todas as suas atribuições, a CCIH não pode somente informar, ela precisa comunicar. A equipe deve confiar na comissão e não vê-la somente como um órgão informativo, fiscalizador e punitivo, como apresentam os dados:

Ela manda mensalmente. Ela tem um índice de infecção de cada setor que ela encaminha mensalmente. Na verdade ela vem, questiona. A gente já sabe o que aumentou, porque aumentou, mas uma medida [de intervenção] não tem. (E2)
Não, a enfermeira da CCIH passa para ver os antibióticos, a gente conversa um pouco, mas nada muito formal. (E4)

Eu nunca tive [retorno dos índices], mas eu acredito que ela faça, ultimamente eu não tenho recebido. Ela levanta do geral, mas não fala do que que é do 8º andar. Só do geral. (E5)

Recebemos. A CCIH fornece mensalmente, depois ela monta um gráfico do índice de infecção de cada setor e do hospital em geral. (E6)

Eles até mandam [os relatórios], mas a gente não tem muito contato porque eles mandam para a liderança e acabam não passando. (E10)

A relação entre CCIH e equipes de enfermagem precisa ser muito transparente; a comissão deve colocar-se como ouvinte das necessidades das equipes. Observa-se certa dificuldade nessa relação por meio de algumas falas:

Acredito que não. [quando perguntada sobre o controle da CCIH em relação ao banco de leite]. (E2)

A enfermeira da CCIH nos manda um boletim mensal e a gente também não vê ferida infectada aqui. Não, eles não fazem e eu nem sei te dizer em que tempo isso deveria ser feito. [Quando perguntada sobre busca pós-alta]. (E4)

Ela deixou uma folhinha mensal para a gente preencher diariamente: quantos pacientes estão em uso de sonda vesical, sonda nasointestinal, paciente que naquele dia foi passado uma sonda, ela pede para fazer diariamente e quando chega no final do mês ela vem e recolhe. (E5)

Porque às vezes é muito fácil a CCIH dizer: “É isolamento de contato; é traqueio, é urina”. Mas tu podes colocar um paciente do lado; é só ter cuidado. Mas às vezes é um paciente que usa o mesmo bacio que o paciente do lado, ou é um paciente que caminha, não posso deixar isolado no quarto, não tem onde ele ficar. A minha maior dificuldade é isso, a falta de material e

de esclarecimento. (E6)

Manda uma folhinha para colocarmos se foi feita alguma punção, algum cateterismo vesical, quanto tempo aquele paciente permaneceu, etc. (E7)

Vieram aqui para dar palestra para os funcionários, e tudo, e fazem uma palestra geral, só que a gente não consegue liberar funcionários é complicado. [...] Inclusive a gente pediu para eles fazerem os protocolos para o paciente que interna, culturas e tudo mais, mas até agora não apareceu. (E10)

Nas falas acima, percebe-se que a CCIH é descrita como uma consultora, e que membros de um mesmo hospital recebem da parte dela informações diferentes. A CCIH pode não ter todas as respostas, mas precisa conhecer as perguntas.

5.3.3.4 O Controle de Infecção e a Dimensão Organizacional do Cuidado: o apoio oferecido pela organização

O apoio da organização aos colaboradores, membros de sua equipe, é fundamental para imprimir nestes um vínculo forte com ela. Durante muito tempo, o sonho e a busca dos profissionais era por emprego fixo, que lhes desse segurança, e onde eles pudessem cumprir seus anos de carreira até aposentar-se. Hoje, espera-se que o profissional tenha experiência diversificada, em empresas reconhecidas no mercado. As organizações modernas prezam pela competência, pela capacidade profissional, pelo treinamento, buscando qualidade.

Organizações modernas, entre elas muitos hospitais, valorizam um perfil profissional arrojado. O gerenciamento de pessoas define o sucesso ou fracasso dessas organizações. Earchern (1957) *apud* Zanon (2001), patrono da administração hospitalar, declara que:

de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Como objetivo fundamental, tem ele um simples propósito: receber o corpo humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal.

Os colaboradores necessitam de incentivo, motivação e apoio por parte da organização para sentirem-se co-responsáveis com ela em relação ao cuidado prestado, oferecendo ao cliente – o sujeito do seu cuidado – a melhor qualidade. A equipe precisa saber que é ouvida e que a organização a vê.

Nas entrevistas, algumas falas denotam que os enfermeiros sentem falta que a organização valorize o trabalho deles. Referindo-se a participação na organização de um evento interno, uma enfermeira disse:

Não, não sinto não. Por exemplo, nas anos anteriores quando eu quase me matei trabalhando na semana de incentivo ao aleitamento materno, fazendo quase tudo sozinha, ninguém foi capaz de um elogio, nada. Esse ano que eu quase não me envolvi, eles fizeram questão de me lembrar disso várias vezes em várias ocasiões. É assim. (E4)

Outras enfermeiras, em um desabafo quanto à liderança imediata e as melhorias no setor, referiram:

O apoio fica a desejar. Às vezes, a gente vai atrás e não consegue encontrar uma resposta, aí acaba não fazendo nada. Minha liderança passa diariamente, mas não ajuda muita coisa no meu modo de ver. (E5)

Bem pouco. Na questão de melhoria do setor, tudo que eu faço na unidade tem que sair do bolso. A decoração de Natal: [para] montar um pinheiro, tive que ir comprar. Eu vejo que eles não se importam. Eles poderiam dar mais. Eu nunca trabalhei em outro hospital, mas é difícil entender, por exemplo, tirar a escriturária. Poderiam até ter tirado, mas poderiam ter conversado com as chefias. (E7)

Temos reunião periódica e agora mudou a chefia. Em dois anos que estou aqui essa já é a quarta chefia e isso também se torna um processo complicado, porque quando você começa a conhecer a pessoa, que a pessoa conhece o teu serviço e começa a aceitar as tuas opiniões, ela acaba saindo. Leva um tempo até que você comece a conseguir fazer alguma coisa. (E10)

Uma das formas de apoio que uma organização pode dar aos seus colaboradores é deixar claro quais são seus objetivos, que estratégias serão usadas para alcançá-los e como a equipe será instrumentalizada para buscar esses objetivos. Isso deve ser informado de forma clara, transparente e com estabelecimento de rotinas,

procedimentos operacionais padrão, protocolos, ou o nome que se queira dar. Dessa forma, haverá uma linguagem única, um único idioma organizacional. Quando todos falam a mesma língua, não há necessidade de interpretações, as informações ficam mais claras e a comunicação, mais fluida. As relações humanas formarão e determinarão aspectos culturais de valor e o funcionamento organizacional, o que cabe à organização favorecer. Peter Drucker (1997, p. 281) diz que:

Um grupo tem seus relacionamentos próprios, envolve um problema real e salutar de poder, e nele existem conflitos que não são conflitos de personalidades, mas sim conflitos objetivos de interesses e perspectivas. As relações humanas recusam-se, em outras palavras, a aceitar que existe uma esfera política.

Essa esfera política precisa ser entendida pela organização e por seus colaboradores. Como definida por Houaiss (2003), política é “a ciência da organização e administração. A habilidade no agir e no tratar”. Se isso não ficar claro, cada colaborador terá uma conduta e a organização não terá uma filosofia, uma cultura.

Rossi e Silva (2005) lembram que é um desafio falar em cuidado humanizado diante da redução dos sujeitos humanos à condição de instrumentos dos estabelecimentos e das organizações, transformados em recursos ou objetos, afirmar a produção do cuidado humanizado diante da realidade em que os trabalhadores estão desprovidos da dimensão humanizada, e garantir um cuidado humanizado ao paciente quando o próprio cuidador não se vê e não se sente respeitado nessa dimensão. As autoras ressaltam que o desafio está em governar sujeitos permitindo que a sensibilidade, o desejo e as necessidades dos mesmos circulem pela organização de forma a que todos venham a sentir respeito, autonomia, justiça, ética e liberdade.

Nas entrevistas percebe-se falta de unidade entre os profissionais enfermeiros em relação a condutas, o que denota dificuldade na linguagem organizacional.

Somos quatro enfermeiros e mais a supervisora, mas não sei qual é a atitude deles. O que acontece aqui, o que eu vejo, é um desencontro ainda, sabe? Não se consegue ter esse padrão, até foi questionado várias vezes em reunião, foi falado isso, mas aí um fala uma coisa, outro fala outra, um faz de uma forma, outro faz de outra, e a gente ainda tem essa dificuldade. Eu acho que falta comunicação. Não há uma linha só. Às vezes cada um faz como acha melhor, como quer. Isso é ruim porque não se padroniza. (E1)

A gente tenta. Nem sempre funciona. Essa é a nossa briga com os médicos, porque um diz uma coisa e outro diz outra. (E3)

Nosso relacionamento já foi melhor. Hoje a gente trabalha mais independente. (E4)

A gente faz as coisas cada um de um jeito. Quando a gente não sabe a gente vai buscar, a gente sai perguntando. É até um projeto que elas querem que até o final do ano tenha tudo protocolado, para todo mundo fazer igual, porque hoje cada setor faz de um jeito. Por enquanto cada um faz do seu jeito. (E5)

A falta de apoio aos profissionais por meio de escuta, e de clareza no estabelecimento dos objetivos a serem alcançados, pode embotar o desejo e tirar o brilho dos olhos de jovens profissionais. Obviamente, a organização não é a única responsável pela desmotivação de alguns profissionais, pois existem fatores intrínsecos e questões pessoais, mas o respaldo da organização determina o “humor” do seu corpo funcional. Pode-se perceber desestímulo em algumas entrevistas.

Eu estou saindo daqui. Estou deixando o hospital, e vou trabalhar em outro local. Eu já comuniquei a gerência. Ainda não estou fazendo aviso mas eu já comuniquei. (E4)

Eu termino minha pós em junho. Não é uma área que eu quero atuar, pois eu amo hospital, só que eu penso em ano que vem ir embora, para o Mato Grosso, ou um lugar assim. Sair, pegar experiência. Porque tu acaba ficando no hospital, acaba virando rotineiro, só aquilo. (E7)

As organizações precisam conhecer seus funcionários, pois o colaborador comprometido é um ser indivisível e precisa ser observado, tratado e apreciado. Peter Drucker (1997) diz que, ao contratar uma pessoa, o contratante a faz integralmente; ainda que muitas vezes se tenha vontade de contratar somente o órgão necessário, um braço por exemplo, isso não é possível. A contratação, portanto, exige cuidados. Faz-se necessária a transversalidade de determinadas ações dos enfermeiros, tais como as direcionadas à resolutividade, ao acolhimento, ao vínculo, entre outras, assim como a garantia do encadeamento entre as várias e diferentes relações entre trabalhador/administração, trabalhador/trabalhador e trabalhador/paciente. Essas relações só ocorrem se houver cuidado, são interdependentes em função de um produto comum e e que

caracteriza o trabalho. No caso da enfermagem, esse produto é o cuidado.

Florence Nightingale era dura, e algumas vezes mordaz em relação à postura de algumas enfermeiras, mas preocupava-se com o bem-estar delas. Florence queria que elas fossem respeitadas e incentivava-as no sentido de elevar sua auto-estima. No final de seu livro *Notes on Nursing*, ela adverte as enfermeiras a não se deixarem admirar, profissionalmente falando, por serem mulheres que atuam bem na enfermagem somente porque são mulheres, nem deixar de fazer bem determinada coisa por não ser adequado a uma mulher. Antes, incentivava-as a fazerem bem o que quer que fosse, sendo considerado adequado ou não para uma mulher. Ela termina seu livro dizendo: “Por favor, esqueçam esses preconceitos e sigam o seu caminho...” (NIGHTINGALE, 1859, p.149). Apesar das exigências, Florence sabia acolher os profissionais que trabalhavam com ela. Isso é necessário nas organizações.

Aqui foram levantados alguns aspectos da relação entre organização, enfermeiro, cuidado e controle de infecção. Relações organizacionais e cultura organizacional, porém, envolvem uma série de outras questões. Foram abordadas somente aquelas levantadas nas entrevistas.

Apontaram-se não características desta ou daquela organização, mas dificuldades relativas ao mundo atual. Um mundo onde as pessoas vivem apressadas e, portanto, sem muito tempo para a escuta, um mundo onde a redução de custos é sempre discutida, onde a tecnologia avança avassaladoramente em qualquer mercado e onde os modismos e a desorientação do usuário dos serviços forçam a mudanças constantes, mesmo que não sejam estritamente necessárias. As organizações necessitam de cautela no gerenciamento de conflitos e transposição de crises; para isso, precisam contar com uma equipe madura.

Nesse início de um novo milênio há limitações de toda ordem. Fala-se em crise moral, crise econômica, crise no transporte, crise política e tragédias em todo o mundo. O que fazer? Como satisfazer tantas necessidades com recursos limitados? Como solucionar esses problemas que se refletem no setor saúde? Respostas a essas perguntas nem sempre são óbvias. Respondê-las requer visão gerencial ampla, que envolve conhecimento e experiência profissional. Nesse sentido há que se desenvolver uma visão para dentro e para fora da organização, buscando sobrevivência com

qualidade. A qualidade no setor saúde implica boa gestão de processos e de pessoas.

Donabedian (1990), escrevendo sobre os sete pilares da qualidade, diz que esta não se resume apenas a resultados mais eficientes (“capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível”), mas, principalmente, mais eficazes (“capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita de contribuir para a melhoria das condições de saúde”).

Quando enfoca o cuidado em saúde, a organização transcende questões administrativas e busca suprir necessidades. No tocante ao processo saúde–doença, ela busca parceiros e colaboradores que entendam essa proposta e proporcionem condições de operacionalizá-la. Para exercer o cuidado, a equipe necessita de instrumentos que a orientem na organização do processo de trabalho, entre os quais está a CCIH.

O Controle de Infecção e o Cuidado na Prática, na Educação e na Organização, como levantados nas entrevistas, se caminharem juntos, refletirão na qualidade do cuidado. Florence, em 1859, escreveu:

Quantos erros cruéis algumas vezes são praticados por homens e mulheres benevolentes em questões sobre as quais nada sabem e pensam que sabem muito. A administração diária de uma grande enfermaria, o conhecimento do que significam para os homens as leis da vida e da morte e para as enfermarias as leis da saúde – esses fatos não constituem, por acaso questões de importância e dificuldades suficientes para exigir aprendizado, através da prática e de cuidadosa investigação, assim como qualquer outra arte? (NIGHTINGALE, 1859, p.147)

Ela expressa de forma contundente a necessidade de pensar o cuidado em suas várias dimensões. Ela adverte a respeito da indolência, da falta de conhecimento da observação da prática, apontando a importância dessas questões no cuidado, assim como em outras artes. Waldow (2001), 150 anos depois, trata do cuidado e do controle de infecção como condição *sine qua non* para a qualidade. Descreve quão sério deve ser o empenho na busca por ela e o quão danoso pode ser negligenciá-la.

Hoje constato que, na maioria das instituições, tanto no ensino de enfermagem quanto na prática, o cuidado é desenvolvido de forma mecânica, orientado por tarefas, seguindo normas e prescrições. A relação nestes ambientes é frágil, encobrem hostilidades, tensão e indiferença... A apreciação de suas nuances

(cuidado), a exploração do seu conhecimento e o reconhecimento de sua importância representam a expressão do belo, a busca do novo, a atualização do velho e, acima de tudo, a aceitação do impossível. (WALDOW 2001, p. 14 e 15)

Esses conceitos, escritos por uma antiga precursora e por uma contemporânea, são extremamente pertinentes e atuais e incentivam a enfermagem a continuar buscando-os.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidado e controle de infecção são uma constante na prática da enfermagem. Busca-se, no estabelecimento dessa relação, atribuir valor aos dados epidemiológicos. O que significam para o sujeito do cuidado? Quanto custaram aos envolvidos? Quanto esforço e dedicação foram empregados por todos? Relacionando-os e respondendo a essas perguntas, pode-se refletir sobre como cuidar e controlar infecções, satisfazendo as necessidades da complexidade do ser humano.

Buscou-se ressaltar, por meio do referencial teórico, a necessidade de pesquisa científica associada à arte, bem como atualização e humanização na prática da enfermagem. O discurso contemporâneo prega o holismo, e o profissional enfermeiro, postando-se entre a vastidão da ciência e a necessidade de posicionamentos assistenciais e administrativos, precisa conhecer a cultura e questões econômicas e sociais de seus pacientes, a insegurança própria do ser doente, suas formas de lidar com a saúde e a doença, sem desprezar conhecimentos referentes ao quadro clínico dele e à prestação do cuidado. Além disso, precisa estar disponível a solicitações da sua presença e aos relacionamentos interpessoais e interdisciplinares. Dessa forma, estará prevenindo o dano, evitando a exposição do sujeito a riscos como o da infecção hospitalar. Essas não são tarefas fáceis.

Optou-se por Florence Nightingale como referencial deste trabalho por se tratar de uma autora que explora exaustivamente tais questões, contemplando os saberes da enfermagem como ciência e arte, bem como aspectos relativos ao cuidado e ao controle de infecção.

A hodierna busca das Organizações pela qualidade total deveria procurar identificar falhas no tocante ao cuidado e ao controle de infecção e suprimi-las, voltando a atenção prioritariamente para o sujeito do cuidado – o cliente. Em algumas situações, isso não é percebido e a questão custo, mal avaliada, sacrifica a qualidade do cuidado. Historicamente a enfermagem é reconhecida pelo cuidar, portanto precisa

exercer sua arte e sua ciência por meio de um cuidado humanizado. Reconhece-se que o cuidado traz em seu bojo muito das características pessoais, mas pode ser aprendido e associado a conhecimentos técnicos, podendo formar profissionais capacitados. Nesse contexto, o controle de infecção é uma das ferramentas a ser adquirida por meio da educação formal, da formação em serviço e do autodesenvolvimento. Rodrigues *et al.* (2003) enfatizam que a emancipação do enfermeiro depende da sua autodeterminação e autonomia, adquiridas por meio do conhecimento em relação a sua prática. Isso deveria ser transmitido ao longo da formação acadêmica.

O cuidado apresenta vários enfoques. Neste estudo enfocou-se o controle de infecção, por se entender que ele está inserido na maioria das ações de cuidado. Por esse motivo, procurou-se saber se isso era observado pelos profissionais. Refletindo sobre o cotidiano do cuidado de enfermagem, observa-se o enfoque no bem-estar do sujeito do cuidado; no entanto, o conjunto de ações que proporcionaria esse bem-estar parece não refletir esse anseio. A prestação do cuidado com qualidade é o objetivo maior do enfermeiro, é a sua atividade fim, porém não deixa de ser uma atividade meio para adquirir reconhecimento profissional. É na prestação de um cuidado adequado que o enfermeiro demonstra sua competência.

Florence Nightingale (1859) relatava que a limpeza do ambiente, os recursos naturais (água, luz, calor, ventilação), associados aos recursos financeiros, que ela sempre foi buscar, eram significativos, mas precisam relacionar-se à essência humana. Somente assim há construção de pensamento crítico e uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil. Florence era implacável quando o respeito ao ser humano era desconsiderado.

Com a formação do profissional e a tendência constante de acúmulo de conhecimentos e idéias, o controle de infecção é essencial, não somente do ponto de vista do sujeito do cuidado, mas por colocar mais essa responsabilidade onde deve estar - com o profissional enfermeiro, responsável por uma equipe.

Ao realizar esse estudo, percebeu-se que o controle de infecção é intrínseco ao cuidado de enfermagem e essencialmente deve atingir três objetivos:

- Individualização do ser humano, pois o controle de infecção pressupõe que cada ser será cuidado a seu tempo, para salvaguardá-lo do cruzamento das infecções,

além da preservação da sua privacidade;

- Conscientização de que a enfermagem é responsável pelo sujeito do seu cuidado e que qualquer exposição ao risco representa des-cuidado;

- A necessidade de oferecer suporte à equipe que está sob sua responsabilidade considerando que isto representa cuidado indireto ao paciente e cuidado direto a equipe.

Uma das principais razões do sucesso de alguns hospitais em relação ao controle de infecção é a adoção de processos de trabalho das categorias profissionais, e a enfermagem é uma das principais, em função do número de procedimentos que lhe são atribuídos. Esses processos tentam ofertar ao sujeito do cuidado atendimento individualizado, melhoria nos relacionamentos, autonomia e responsabilidade.

Acredita-se que o controle de infecção embutido no cuidado elevará a qualidade do cuidado, assim como dos resultados, e sua implementação depende do interesse da organização e dos enfermeiros em mudar o referencial em direção à competência profissional, fazendo investimentos em conhecimento científico, no desenvolvimento em habilidades técnicas e em suas atitudes com o ser humano, esteja ele representando a organização, a equipe ou o sujeito do seu cuidado.

A finalização deste estudo representou para mim o cumprimento de um objetivo e a sensação de transposição do desafio da pesquisa. Transformar em dados a experiência do outro foi uma responsabilidade, que necessitou ser tratada de forma empática, porém com distanciamento, para que não houvesse interferência alguma nos resultados. Representou uma tarefa “árdua – prazerosa” e desafiadora. Além do início de um aprendizado sobre pesquisa, desvelou questões que me transportaram para um mundo de profundas reflexões quanto a minha prática no cuidar e no ensinar.

Ao ouvir a experiência desses profissionais, algumas coisas me surpreenderam. Tendo em vista o objetivo inicial deste estudo: – **Compreender a relação feita pelos enfermeiros entre o controle de infecção e sua prática de cuidar**, foi-me possível fazer algumas aproximações que levam a repensar o processo de construção da carreira profissional, e que responderam aos objetivos específicos, tais como: – **A dificuldade de correlação entre teoria e prática, e a dificuldade de romper paradigmas.**

Reforça-se que não houve intenção de avaliar a qualidade dos enfermeiros e da

organização. Tratou-se única e exclusivamente de indagar quanto às relações feitas pelos enfermeiros entre controle de infecção e cuidado e a transposição disto para a prática, com suas facilidades e dificuldades.

Os resultados deste trabalho demonstram falta de bases consistentes nas relações estabelecidas pelos enfermeiros. Isso revela a complexidade da vida profissional e a fragilidade da formação. Mesmo sabendo que a busca pelo autodesenvolvimento é de responsabilidade de cada profissional, percebe-se que no que tange ao controle de infecção e ao cuidado, pouco é trazido da formação e pouco é estimulado pela organização. Entende-se que esse grupo representa um recorte, mas possibilitou a reflexão sobre a ação do enfermeiro e sobre o conhecimento necessário para subsidiar um cuidado.

Assim, este estudo sinaliza:

- a necessidade de um repensar propostas que dêem conta de responder aos problemas enfrentados pelos profissionais enfermeiros;
- o papel das escolas de enfermagem e a urgente necessidade de formarem profissionais capazes de agir como atores sociais e de influenciar pessoas e ambientes;
- a necessidade de inclusão, no curso, de uma disciplina específica para o controle de infecção, ou como eixo transversal, que possa capacitar futuros profissionais, a exemplo de algumas escolas no País;
- o repensar da condução da CCIH, no sentido de tornar-se um órgão facilitador para a equipe de enfermagem e que forneça subsídios à organização para a busca de qualidade;
- o desafio da construção da competência de aprender sempre e de ensinar o que se sabe;
- a reavaliação do posicionamento do enfermeiro, que necessita desenvolver consciência crítica, atitudes reflexivas e uma busca constante pelo autodesenvolvimento ao longo da sua vida profissional.

Novos profissionais sempre estarão abraçando a carreira de enfermagem e os que já atuam muitas vezes auxiliarão na formação dos novos enfermeiros, exercendo o papel de formadores de opinião, de liderança. O papel da organização, por sua vez, é fundamental nesse processo reflexivo. Se ela não tomar a causa nas mãos, favorecendo

a mudança de atitude, estimulando a busca pela autonomia intelectual e administrativa e disponibilizando os meios, o capital humano, maior bem da organização, não terá forças para fazer isso sozinho.

Há uma clara necessidade de investimento na enfermagem, tanto da parte dos profissionais, buscando constante autodesenvolvimento, das escolas, que podem melhorar a formação dos enfermeiros, quanto das organizações empregadoras desses profissionais que, na maioria das vezes, representam seu maior contingente. Não há aqui um sentimento derrotista; a enfermagem não é algo ruim que necessita ser totalmente refeito, mas uma profissão com grandes perspectivas de crescimento, que necessita reavaliar alguns conceitos, entre os quais a relação indissociável entre controle de infecção e cuidado.

Estas considerações não constituem meros lugares-comuns de conclusão de um trabalho. Elas reportam-se a Florence Nightingale, quando faz uma crítica aos chavões referentes ao “cumprimento de um dever”.

Para mim, esses chavões [...] lembram a trilha viscosa deixada pela lesma do caramujo nas paredes dos jardins ensolarados do sul, plenos de frutos. (NIGHTINGALE, 1859, p.114)

Espera-se que este trabalho chame atenção para o resultado que a Enfermagem pode produzir no cuidado, ciência e arte, como um bom fruto em um jardim ensolarado, e não seja como o visgo da lesma, ou o des-cuidado.

REFERÊNCIAS

ABAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Trad. Alfredo Bosi. 2. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1998.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Infecção relacionada ao uso de cateteres vasculares**. 1999.

_____. **Precauções e Isolamento**. 1999

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1977. 225 p.

BIBLIOMED, Health Latin America. Artigo: **Infecção Hospitalar Atinge 15,5% dos Pacientes Internados no Brasil**. 2001. Disponível em: <http://corporativo.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=189&ReturnCatID=24> Acesso em: 24 jan. 2006

BIOGRAFÍAS Y VIDAS. Disponível em: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/d/dubos.htm> Acesso em: 16 out. 2004

BOYCE, J. M. **MRSA patients: proven methods to treat colonization and infection**. *Journal Hosp Infect* (2001) 48: 9-14.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno B. 2000. Disponível em: www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoB.pdf Acesso em: 2 jan. 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.196, de 24 de junho de 1983. Diário Oficial. Brasília, 28 de junho de 1983.

_____. Portaria n. 2.616, de 25 de maio de 1998. **Diário Oficial (da República Federativa do Brasil)**.

BRASIL: n. 212, Seção I, p. 111, de 4 de novembro de 2005. **Diário Oficial (da República Federativa do Brasil)**.

_____. MINISTÉRIO DA FAZENDA – Banco Central do Brasil – Conversor de Moedas. Disponível em: <http://www5.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp?id=convmoeda> Acesso em: 13 fev. 2006.

_____. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres**

humanos. Brasília : 1997.

_____. **Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde.** 2. ed. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília : 1994.

BROWN, Pam. **Florence Nightingale.** Rio de Janeiro : Globo, 1993. Série Personagens que Mudaram o Mundo. Coleção Os Grandes Humanistas.

CARRARO, Telma. **Enfermagem e assistência:** Resgatando Florence Nightingale. 2. ed. Goiânia : AB Editora, 2001.

_____. **Poder vital, psiconeuroimunologia e bioética:** sua inter-relação e a humanização da assistência de enfermagem. Florianópolis : 2002. (Digitado). 38 p.

_____. **Desafio secular:** mortes maternas por infecções puerperais. Florianópolis: UFSC, 1999. Série Teses em Enfermagem.

CARRARO, Telma *et al.* O controle de infecção e o cuidado: diferentes olhares para uma mesma temática. **Enfermagem Atual.** Ano 5. n. 30. nov. / dez. 2005.

CENTER DISEASE CONTROL. **Guideline for isolation Precautions in Hospitals.** Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17:53 – 80

_____. **Guideline for prevention of intravascular catheter-related infections.** 2002.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), set./fev. 2005, vol. 9, n. 16, p. 161-71

CHÂTELET, François. **Uma história da razão.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

COUTO, Renato Camargo, PEDROSO, Tânia Moreira Grilo. NOGUEIRA, José Mauro. **Infecção hospitalar** – epidemiologia, controle e tratamento. 3. ed. Rio de Janeiro : Medsi, 2003. 904 p.

CRUZ, I. **Se nadar se aprende nadando...** Pesquisar se aprende pesquisando. Introdução à Metodologia da Pesquisa de Enfermagem. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/pesquisar2001.doc> Acesso em: 20 de out. 2005.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med, 1990.

DEMING, W. E. **Qualidade:** a revolução da administração. Trad. Clave Comunicações e Recursos Humanos. Rio de Janeiro : Marques Saraiva, 1990, pp.19-72.

DRUCKER, Peter. **Desafios gerenciais para o Século XXI.** São Paulo: Pioneira, 1999.

_____. **Fator humano de desempenho:** o melhor de Peter F. Ducker sobre administração. São Paulo : Pioneira, 1997

ERDMANN, A.L., SANTOS, F.L. Sistema de Informação e Aprendizagem Organizacional. In: **Aprendizagem contínua** no trabalho: **possibilidades de novas práticas no controle de infecções hospitalares**. São José : Socepro, 2003.

FERNANDES, Antonio Tadeu, FERNADES, Maria Olívia Vaz, FILHO, Nelson Ribeiro. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERNANDES, Antonio Tadeu. (Org.) Microbiologia da Cavidade Oral e suas Implicações. In: **Controle de infecção na prática odontológica**. São Paulo: APECIH, 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1995. pp. 99-111.

GALDEANO, Luzia Elaine, ROSSI, Lídia Aparecida, ZAGO, Márcia Maria Fontão. Instructional script for the elaboration of a clinical case study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, May/Jun. 2003, vol. 11, n. 3, p. 371-375. ISSN 0104-1169.

GARNER, J. S., JARVIS, W.R., EMORI, T.G., HORAN, T. C., HUGHES, J. M. CDC definitions for nosocomial infections. In: OLMSTED, R. N. **Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practice**. Saint Louis : Mosby / APIC, 1996. p. A-1--A-20.
http://www.apic.org/AM/Template.cfm?Section=Search§ion=Surveillance_Definitions&template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentFileID=25 Acesso em: 30 de set 2005

GISBERT, V. A. *et al.* Cuidados de enfermería en el tratamiento de las úlceras por presión. **Enfermería Integral**. Valencia: Colégio Oficial de Enfermería de Valencia, 2000. n. 52, p. 33-38.

GOLDIE, S. M. **Florence Nightingale: Letters from the Crimea (1854-1856)**. Manchester: Mandolin, 1997. 325 p.

GRAÇA, L. Workers' Social Protection. In: **Europe: A Historical Tradition**. Part two: The Birth of Occupational Health Services. <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos31.html> Acesso em: junho de 2005.

GRAVES, N. **Economics and preventing hospital-acquired infection**. Emerg Infect Dis. 2004 Apr. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no4/02-0754.htm> Acesso em: dezembro 2005.

GUYTON, Arthur C., HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. 369 p.

HARMAN, C. **How Marxism Works**. 6. ed. Chicago: Bookmarks Publications, 2000.

Hospital Pequeno Príncipe. **Manual do serviço de enfermagem pediátrica**. CD ROM. Curitiba, 2004.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: janeiro de 2006.

INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA, SOCIETY FOR HEALTHCARE EPIDEMIOLOGY OF AMERICA, AND SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. **Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections**. Infect Control Hosp Epidemiol 2001; 22:222-42

INSTITUTO EDUCACIONAL SÃO PAULO. Disponível em: www.intesp.com.br/artigos/artigo.html Acesso em: out. de 2005

KAWAGOE, J. Y. **Higiene das mãos**: comparação da eficácia antimicrobiana do álcool –formulação gel e líquida – nas mãos com matéria orgânica. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. São Paulo - USP, 2004.

L'ABBATE, Solange. Health education: a new approach. **Cad. Saúde Pública**. [online]. Oct./Dec. 1994, vol.10, no.4 [cited 03 May 2006], p.481-490. Available from World Wide Web:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. Acesso em: 14 jan. 2006.

LACERDA, Rúbia Aparecida. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.10, n.1, p. 55-63, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2004.

LACERDA, Rúbia Aparecida. **Controle de infecção em centro cirúrgico**: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu, 2003. 541 p.

LACERDA, R. A., JOUCLAS, V. M. G., EGRY, E. Y. **A Face iatrogênica do hospital**: as demandas para o controle de infecção hospitalar. São Paulo: Atheneu, 1996.

LENTZ, R. A., ERDMANN, A. L. **Aprendizagem contínua no trabalho**: possibilidades de novas práticas no controle de infecções hospitalares. São José: Socepro, 2003. 204 p.

LOBIONDO-WOOD, Geri, HARBER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro : Editora Guanabara-Koogan, 2001. 330p.

LONGMAN, Addison Wesley. **Longman Dictionary of American English**. 3. ed. New York: Pearson Education, 1997.

LOPES, A. N. **A Bíblia e seus intérpretes**. São Paulo: Cultura Cristã, 2004. 288 p.

MAIA, Ana Rosete C. R. Princípios do cuidar. In: REIBNITZ, Kenya Schmidt *et al.* (Org.) **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: a redução da demanda**. Módulo 4. Florianópolis: UFSC, 2003. 122 p.

MACHIAVELLI, Niccoló. **O príncipe** (Comentado por Napoleão Bonaparte). Trad. Torrieri Guimarães. São Paulo : Hemus, 1977.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

NAISBIT, John. **Paradoxo global**. São Paulo: Campus, 1994.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, LVI, 2004, Anais. Gramado. NAZÁRIO, N. O., FILHO, R. R. G., MAGALHÃES, Z. R., CARRARO, T. E., RADÜNZ, V. **O cuidado em Florence Nightingale e a superação de dualidades**. Acesso em: jan. 2006.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, dez 2002, vol. 6, suplemento n.1 p.79-92.

NICOLA, Ubaldo. **Antologia ilustrada de filosofia: das origens à idade moderna**. São Paulo: Globo, 2005. 479 p.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Trad. Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, ABEn/CEPEn, 1986-1989. 174 p.

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on Nursing: What it is, and what it is not**. New York: Dover Publications, 1859.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* **Protocolo de abordagem e tratamento empírico de pneumonia adquirida na comunidade**. Diretrizes Assistenciais do Hospital Sírio-Libanês. São Paulo: 2004.

Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. **Infecção hospitalar**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/hospitala1.PDF> Acesso em: ago. 2000.

PEREIRA, M. S., MORIYA, T. M. **Infecção hospitalar** – estrutura básica de vigilância e controle. 2. ed. Goiânia : AB Editora, 1994.

PEREIRA, M. S., SOUZA, A. C. S., TRIPLLE, A. F. V., PRADO, M. A. A infecção hospitalar e suas Implicações para o cuidar da enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. abr./jun. 2005. vol. 14 (02), p. 250-257.

POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

RODRIGUES, E. A. C. Histórico das infecções hospitalares. In: Rodrigues, E. A. C., MENDONÇA J. S., AMARANTE, J. M. B., ALVES FILHO, M. B., GRINBAUM, R. S., RICHTMANN, R. (Org.) **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997, p. 3-27.

RODRIGUES, M. S. P., LIMA, F. R. F., SOARES, M. C. P. O estudante de Enfermagem e sua auto-imagem relacionada à profissão. **Rev. Nursing**. fev. 2003, vol. 57, n. 6, p. 25-29.

ROSSI, F. R., SILVA, M. A. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2005; 39(4):460-8.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para os enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do *burnout***. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis : UFSC, 1999.

SABANEEFF, J. Avaliação urodinâmica. In: BENDHACK, A., DAMIÃO, R. **Guia prático de urologia**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia / BG Cultural, 1999.

SAUTHIER J., BARREIRA, I. A. **As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921-1931**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/ Acesso em: jun. 2004.

SANTOS, Neuza Queiroz. **Infecção hospitalar: uma reflexão histórico-crítica**. Florianópolis: UFSC, 1997.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. 4. ed. Trad. Virgílio Ferreira. Lisboa: Editorial Presença, 1978. 307 p. (Coleção Síntese).

SILVA, M. J. P. Valor da comunicação para o sucesso dos processos de qualidade. In: MELLO, J. B., CAMARGO, M. O. **Qualidade na saúde**. São Paulo: Best-Seller, 1998.

SNODGRASS, M. E. **Historical Encyclopedia of Nursing**. London: ABC-Clio,

1999.

TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga, PEREIRA, Milca Severino, HAYASHIDA, Miyeko. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar. /abr. 2003, vol.11, n. 2, p.245-250.

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa Convergente assistencial** – um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília: UnB, 1988. 142 p.

ULRICH, B. T. **Leadership and Management According to Florence Nightingale**. Norwalk : Appleton & Lange, 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Disponível em: <http://www.nfr.ufsc.br/pen/> Acesso em: maio de 2006.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Manual para prevenção das infecções hospitalares** Disponível em: www.hu.usp.br/ManualCCIH_2005.pdf Acesso em: 20 dez. 2005

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Cuidado humano** – o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 2001.

_____. Cuidado: uma revisão teórica. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol. 13, n. 2, p. 29-35, 1992.

WATKINS T. H. **Cem anos de conservação** – os campeões do século. Ver. Audubon. 2004. Disponível em: <http://magazine.audubon.org/century/champion.html#DUBOS> Acesso em: 15 set. 2004

WENZEL, R.P. **Prevention and Control of Nosocomial Infections**. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993.

ZAGO, M. M. F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol. 27, n.1, p. 67-71, 1994.

ZALON, M. L. **Political action as a strategy to enhance critical thinking**. Australian Electronic Journal of Nursing Education (AEJNE), vol. 4, n. 1, Oct. 1998.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

UFSC – CCS – PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com a Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde – Decreto 196/96)

Caro Participante,

Venho, como proponente desta pesquisa, intitulada “**Controle de Infecção e Cuidado – Qual a relação?**”, como aluna de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvendo a dissertação junto aos Enfermeiros dessa instituição, convidá-lo a participar deste estudo, que tem como objetivos:

- Compreender a relação feita pelos enfermeiros entre o controle de infecção e sua prática de cuidar em um hospital de grande porte;
- Conhecer a prática de cuidar e de controle de infecção hospitalar dos enfermeiros de um hospital de grande porte;
- Identificar a relação teórico-prática feita pelos enfermeiros em relação ao cuidado e a Infecção Hospitalar.

A coleta de dados para este estudo terá início em dezembro de 2005.

Você tem total liberdade de desistir do estudo no momento que julgar necessário. Sua identificação será rigorosamente preservada, garantindo, portanto total anonimato em relação a sua identidade.

Não é necessário nenhum tipo de procedimento adicional. Também não existe nenhuma forma de risco aos participantes do estudo que comprometa a sua integridade física, emocional, ética e espiritual.

Qualquer dúvida ou problema, por gentileza entre em contato com:

Leila Chaves Cabral

Telefones: (47) 264-6099 ou 9136-609

Termo de Consentimento

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos da proposta e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todas as informações serão confidenciais, e minha identidade não será revelada.

Se eu concordar em participar deste trabalho, nos encontraremos em um dos setores deste Hospital, onde tentarei responder as perguntas que forem feitas, ou aquelas que me convierem.

A minha participação neste trabalho é voluntário, tendo, portanto, total liberdade de interrompê-lo a qualquer momento.

Local e Data

RG

() Concordo com o uso do
gravador

() Concordo que sejam
feitas anotações

Assinatura

APÊNDICE 2

IDENTIFICAÇÃO

Entrevista n. _____

Data: ____ / ____ / ____

Horário de início: ____ : ____

Horário de término: ____ : ____

Idade: _____

Tempo de atuação na enfermagem: _____

Tempo na instituição: _____

Unidade em que atua: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual a sua formação / experiência?

– Como você se considera, em termos de informação, a respeito do controle de infecção?

– E quanto à sua formação? (graduação, cursos, aulas, seminários, congressos, leituras).

2. Qual a unidade em que atua ou atuou?

3. O que é cuidado para você?

4. De seu ponto de vista, como se dá a relação entre suas atividades, o cuidado prestado e o CIH?

– Que mecanismos de controle de infecção você emprega no dia-a-dia?

– Você se sente inserido no controle da infecção? Como?

– Qual a sua observação em relação ao CIH? E em relação ao ambiente?

– Qual a relação que você faz entre o cuidado e a IH?

5. Quais são suas facilidades em relação a IH?

– Em relação ao posicionamento profissional? Como?

– Em relação ao conhecimento?

– Em relação à equipe?

– Em relação ao ambiente?

6. Quais são suas dificuldades em relação a IH?

- Em relação ao posicionamento profissional? Como?
- Em relação ao conhecimento?
- Em relação à equipe?
- Em relação ao ambiente?

7. Como foi abordada na graduação a questão do controle de infecção?

8. Ao atuar no controle de infecção hospitalar, na sua opinião, que aspectos (dimensões) do cuidado estão envolvidos?

9. Há algo mais que você gostaria de falar?

ANEXO

ANEXO 1

ATA DA ASSEMBLÉIA GERAL DE FUNDAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Aos 15 dias do mês de maio de 2004, às onze horas, no hotel Bourbon, situado na Rua Visconde de Taunay, 275, Joinville, Santa Catarina, reuniram-se as pessoas abaixo assinadas para deliberarem sobre a seguinte Ordem do Dia: 1-Fundação da Associação Catarinense de estudos e Controle de Infecção Hospitalar; 2-Aprovação do Estatuto Social; 3-Eleição da Direção e do Conselho Consultivo e Fiscal; 4-Data de posse da Direção e do Conselho Consultivo e Fiscal; 5-Valor da mensalidade. Iniciada a Assembléia o plenário indicou o Dr. Amaury Mielle Filho para presidir os trabalhos, o qual tão logo assumiu a direção dos mesmos indicou a mim, Marco Antônio Ribeiro Malschitzky, para secretariá-los. Em seguida, após deliberações, o senhor presidente colocou em votação a fundação da Associação. Assim foi declarada fundada a associação pela unanimidade do plenário com a denominação de ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Isto posto, o senhor presidente passou a todos os presentes o projeto do Estatuto Social, que depois de lido e discutido foi aprovado o estatuto social. A associação terá sua sede e foro na cidade de Blumenau, Estado de Santa Catarina, na Rua Amazonas, 301, Bairro Garcia, CEP 89020-900. A Associação terá prazo indeterminado de duração e somente se extinguirá em caso de insuperável dificuldade na consecução de seus objetivos. Em caso de dissolução da Associação, o patrimônio será doado a uma entidade que não tenha fins lucrativos, de caráter científico, que atua na área da saúde, a ser indicada pela Assembléia Geral. São objetivos da associação: a) Congregar os profissionais que atuam no controle de infecção hospitalar a nível estadual; b) Dar apoio científico aos profissionais que atuam na área de controle de infecção hospitalar; c) Organizar e patrocinar: Jornadas, Congressos, Conferências, Simpósios, Reuniões Técnicas e Cursos de Atualização em Infecção Hospitalar, bem como promover publicações específicas; d) Coordenar as publicações de livros e revistas e organizar acervo científico; e) Incrementar a pesquisa e o aperfeiçoamento científico, inclusive entre outras instituições; f) Cooperar com entidades oficiais, filantrópicas e particulares que tenham como objetivo a formação do controle de infecção hospitalar; g) Promover o intercâmbio com profissionais e entidades afins deste Estado, de outras Unidades Federadas e do Exterior; h) Desenvolver esforços no sentido do reconhecimento do profissional na área de controle de infecção hospitalar em nível das instituições de saúde; i) Estimular a criação de entidades congêneres em todas as unidades da Federação Brasileira, com o objetivo de fortalecer entidade a nível nacional; j) Fomentar a criação da disciplina de Controle de Infecção Hospitalar em nível da graduação e pós-graduação na área da saúde; l) Incrementar a integração social dos membros da entidade. A associação será dirigida pelos seguintes poderes: a) Assembléia dos membros fundadores e efetivos; b) Conselhos Consultivo e Fiscal; c) Diretoria. As decisões da Assembléia serão soberanas e caberá à Diretoria executá-las. A Diretoria é o órgão executivo da Associação, competindo-lhe pôr em prática um programa baseado nas diretrizes da Associação, fazendo cumprir os objetivos

estabelecidos no Estatuto, e será composta por 7 (sete) membros. O Conselho Fiscal será constituído de 03 (três) membros efetivos e 03 (três) suplentes, eleitos em Assembléia Geral, podendo ser reeleitos não mais que por 2 (dois) mandatos. Os Diretores, quando em nome da Entidade e no exercício de suas funções, não respondem pessoalmente pelos atos que assim pratiquem, mas assumem tal responsabilidade se agirem contrariamente à Lei ou aos dispositivos estatutários. Em seguida o presidente apresentou chapa única para diretoria e conselho consultivo fiscal. A Assembléia nos termos do estatuto recém-aprovado elegeu para mandato de dois anos, a seguinte Diretoria e Conselho Consultivo Fiscal. **Diretoria:** Presidente: Dr. Amaury Mielle Filho; Vice-presidente: Enf.^a Gládys Heidrich; Primeiro Secretário: Farm. Bioquímico Dr. Marco Antônio Ribeiro Malschitzky; Segundo Secretário: Farm. Silvia Molina; Primeira Tesoureira: Enf.^a Fabiane Teixeira Borges; Segundo Tesoureiro: Dr. Márcio Martins; Diretor Científico: Dr. Luiz Henrique Melo. **Conselho Consultivo Fiscal: Titulares:** Dr.^a Ivete Masukawa; Dr. Valter Rotolo Araújo; Enf.^a Neusa Maria Martine; **Suplentes:** Enf.^a Kassia Gislow; Dr.^a Zélia Cristina Melo; Dr. Tarcisio Crocomo. Após a eleição foi marcada a data de 25 de junho de 2004 para a posse da Diretoria. Foi estipulada mensalidade para sócio-profissional de R\$ 70,00, e sócio-instituição R\$ 200,00. Assim, esgotada a ordem do dia, foram encerrados os trabalhos. Eu, Marco Antônio Ribeiro Malschitzky lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme, vai assinada por todos os presentes.

Dr. AMAURY MIELLE FILHO
PRESIDENTE

Dr. MARCO ANTONIO RUAMALSCHITZKY
SECRETÁRIO

Enf.^a FABIANE TEIXEIRA BORGES
TESOUREIRA